

FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e)

Nom et prénoms

Né(e) le / / À

Demeurant à

Hospitalisé(e) au Centre hospitalier territorial de Nouvelle-Calédonie,

nomme la personne de confiance suivante

Nom et prénoms

Né(e) le / / À

Demeurant à

Téléphone privé Téléphone professionnel

Portable Email

Je l'ai informé(e) de cette désignation comme personne de confiance. Cette désignation vaut pour toute la durée de l'hospitalisation, sauf si je la révoque, comme la loi m'y autorise à tout moment.

J'ai bien noté que M., Mme, Mlle

- Pourra être consulté(e) par l'équipe hospitalière au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant des soins et de recevoir l'information nécessaire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le(la) joindre, aucune intervention ou investigation ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable
- Qu'à ma demande, il(elle) m'accompagnera dans mes démarches à l'hôpital et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider à prendre des décisions ;
- Que les informations, que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin, ne lui seront pas communiquées.

Fait à, le / /

Signature

Signature de la personne de confiance

