

FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

(à compléter par le patient ou par ses proches)

Nom et prénom : _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____ à _____

Domicile : _____

Hospitalité(s) au centre hospitalier territorial de Nouvelle-Calédonie.

Désigne comme personne de confiance durant cette hospitalisation

Nom : _____ (Préciser le nature de relation - époux (e), parent, ami, médecin, ...)

Nom et prénom : _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____ à _____

Domicile : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone mobile : _____

Je fais offrir (x) de cette désignation comme personne de confiance.

Cette désignation vaut pour toute la durée de l'hospitalisation, sauf si je la révoque, comme le fait my autorité à tout moment.

(si tel n'est que M, Mme, Mlle) : _____

- Puisse être consulté(e) par l'équipe hospitalière ou par moi (je ne serai pas en état de signer 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'il me demande, si j'en ai l'opportunité, d'accompagner dans mes démarches à l'hôpital et puisse 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 soient pas communiquées.

Date : _____ N° ____ / ____ / ____

Signature : _____

