

**DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE**

**Madame, Monsieur,**

*La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, vous donne la possibilité de désigner une personne de confiance.*

*Cette personne, qui peut être un parent, un ami ou un médecin pourra, en cas de nécessité vous éclairer et vous accompagner dans vos démarches, assister aux entretiens médicaux et vous aider dans vos décisions.*

*Elle pourra également être consultée dans le cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.*

*Cette désignation est nécessairement écrite et peut être révoquée à tout moment.*

*Nous vous proposons d'y procéder ci-dessous :*

**Je soussigné(e), ....., déclare désigner comme personne de confiance, pendant mon séjour à l'hôpital des Collines Vendéennes :**

**M., Mme, Melle :** .....

**Lien :** .....

**Adresse :** .....

**N° de téléphone** ..... **Portable :** .....

**Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance.**

**Fait à ....., le.....**

**Signature :**

**Je soussigné(e) ..... accepte d'être personne de confiance.**

**Signature :**