



## DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

### Partie devant être remplie par le patient :

Je soussigné(e) : ....., patient (e)  
majeur (e) hospitalisé (e) au Centre Hospitalier Intercommunal Lorrain – Basse-Pointe

né (e) le : .....

à .....

Domicile : .....

désigne comme personne de confiance durant cette hospitalisation mon ami, épouse, père,  
médecin etc. (préciser la nature des relations),

Nom – Prénom : .....

Né le : .....

Domicile : .....

Tél. : ..... portable : .....

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

Date : .....

Signature du patient

### Partie devant être remplie par le service :

Date : .....,

Le patient a été informé de la possibilité de désigner une personne de confiance

**A mettre dans le dossier patient**

#### Références réglementaires :

- loi du 04.04.2002 relative aux droits du malade
- article L. 1111-6 du code de la santé publique