

**QUELLE EST LA DIFFÉRENCE ENTRE LA PERSONNE À PRÉVENIR ET LA PERSONNE DE CONFIANCE ?**

La personne à prévenir est contactée par l'équipe soignante en cas d'événement(s) particulier(s) d'ordre organisationnel ou administratif (fin du séjour et sortie de l'établissement, etc.) au cours de votre séjour. La personne à prévenir n'a pas accès aux informations médicales vous concernant et ne participe pas aux décisions médicales contrairement à la personne de confiance qui vous accompagne au cours de votre prise en charge.

**JE SOUSSIGNÉ(E) :**

**NOM DE NAISSANCE :** ..... **NOM D'USAGE :** .....

**PRENOM(S) :** .....

**DATE ET LIEU DE NAISSANCE :** .....

**VILLE :** ..... **CODE POSTAL :** .....

**TÉLÉPHONE :** .....

**J'AI BIEN NOTÉ QUE MA PERSONNE DE CONFIANCE :**

- > DOIT ÊTRE UNE PERSONNE MAJEURE
- > POURRA, À MA DEMANDE, M'ACCOMPAGNER DANS MES DÉMARCHES, ASSISTER AUX ENTRETIENS MÉDICAUX AFIN DE M'AIDER DANS LES DÉCISIONS À PRENDRE
- > POURRA ÊTRE CONSULTÉE DANS LE CAS OÙ JE NE SERAIS PAS EN ÉTAT D'EXPRIMER MA VOLONTÉ CONCERNANT LES SOINS ET RECEVRA L'INFORMATION À MA PLACE.

JE PEUX RÉVOQUER CETTE DÉCISION À TOUT MOMENT ET DANS CE CAS, JE M'ENGAGE À EN INFORMER L'ÉTABLISSEMENT PAR ÉCRIT.

**JE DÉSIGNE CETTE PERSONNE DE CONFIANCE**

POUR LA DURÉE DE MON HOSPITALISATION     POUR TOUTE HOSPITALISATION À LA CLINIQUE DU TER

**JE SOUHAITE DÉSIGNER COMME PERSONNE DE CONFIANCE :**

MONSIEUR     MADAME

**NOM DE NAISSANCE :** ..... **NOM D'USAGE :** .....

**PRÉNOM(S) :** .....

**DATE ET LIEU DE NAISSANCE :** .....

**ADRESSE :** .....

**VILLE :** ..... **CODE POSTAL :** ..... **TÉLÉPHONE :** .....

**CETTE PERSONNE EST :**

UN PROCHE     UN PARENT     MON MÉDECIN TRAITANT     AUTRE : .....

JE NE SOUHAITE PAS DÉSIGNER DE PERSONNE DE CONFIANCE

**FAIT À :** ..... **LE :** ..... / ..... / .....

**SIGNATURE DU PATIENT :**

**QR CODE RÉSERVÉ  
À L'ÉTABLISSEMENT**



**CADRE RÉSERVÉ À LA PERSONNE DE CONFIANCE**

JE SOUSSIGNÉ(E) ..... CERTIFIE AVOIR ÉTÉ INFORMÉ(E) ET ACCEPTE MA  
DÉSIGNATION EN QUALITÉ DE PERSONNE DE CONFIANCE.

**FAIT À :** ..... **LE :** ..... / ..... / .....

**SIGNATURE :**