

**Merci de bien vouloir imprimer, compléter et signer ce document.  
Il doit ensuite être scanné et joint à votre dossier de préadmission en ligne.**

## La personne de confiance

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance.

### À compléter obligatoirement

#### Quel est son rôle ?

- Vous accompagner tout au long de l'hospitalisation et lors des consultations médicales, afin de vous aider dans vos décisions.
- Être obligatoirement consultée par le médecin lorsque vous n'êtes pas en état d'exprimer votre volonté et de recevoir l'information.
- Faire connaître vos volontés, si vous n'étiez plus en capacité de vous exprimer.

#### Qui peut être la « personne de confiance » ?

Toute personne majeure de votre entourage en qui vous avez confiance. Sa mission ne concerne que votre santé.

Il est important qu'elle ait bien compris son rôle et donné son accord pour cette mission.

#### Quand la désigner ?

Vous pouvez la désigner à tout moment. Cette désignation est valable pendant toute la durée de votre séjour et révoquant à tout moment.

## FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance (signature patient obligatoire)

Je souhaite désigner une personne de confiance (signature patient ET personne de confiance obligatoire)

Je soussigné(e) Nom, Prénom, date et lieu de naissance .....

Désigne la personne de confiance suivante :

Nom Prénom .....

Adresse .....

Tél. fixe ..... Tél. professionnel .....

Tél. portable ..... E-mail .....

Fait à ..... Le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

**Signature du patient**

**Signature de la personne de confiance**

## Demande d'autorisation de prélèvement sanguin

Il peut être nécessaire de prélever des sérologies HIV, Hépatite B et C en cas de piqûre/coupure d'un soignant. Nous vous demandons votre autorisation pour effectuer ce prélèvement.

### À compléter obligatoirement

Je soussigné(e).....

**Autorise l'Hôpital Privé du Confluent à effectuer pendant mon séjour un prélèvement sanguin pour réaliser un bilan sérologique.**

Fait à ..... Le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

**Signature**