

**IMPORTANT :** En application de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L.1111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

**Je soussigné(e),**

NOM marital : ..... NOM de jeune fille : .....

PRÉNOM(S) : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

Admis(e) au Centre Alcoologique ALPHA depuis le ..... pour 6 semaines

**Souhaite** désigner comme personne de confiance :

Monsieur     Madame     Mademoiselle

NOM marital : ..... NOM de jeune fille : .....

PRÉNOM(S) : .....

TÉLÉPHONE(S) : .....

ADRESSE : .....

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

Epoux / Epouse     Concubin / concubine     Père/Mère     Médecin traitant

Autre Précisez.....

***J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation et que je peux la révoquer à tout moment.***

**Ne souhaite pas** désigner de personne de confiance :

Je reconnais avoir été informé de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, **je m'engage à en informer par écrit l'établissement**, en remplissant la fiche de désignation.

Fait à ROYAN le .....

Signature du patient :