



# Capiro Clinique Sainte Odile

6, rue des Prémontrés - CS 30029 - 67501 HAGUENAU CEDEX

Téléphone : 03 88 63 48 48 - Fax : 03 88 63 48 50

[www.capiro.fr](http://www.capiro.fr)

FICHE DE DÉSIGNATION DE LA  
PERSONNE DE CONFIANCE

## FICHE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

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.

### DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

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

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. A tout moment, je peux procéder à cette désignation que j'effectuerai par écrit.

**Je souhaite désigner une personne de confiance.**

La personne m'accompagnera dans toutes mes démarches et assistera à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions :  Oui  Non

Cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. « J'ai été informé(e) de la possibilité de révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit la responsable du service de soins ».

Personne de confiance :  Proche  Parent  Médecin traitant

Nom : ..... Prénom : .....

Date / lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Tél : .....

Fait le : .....

**Signature du patient**

Fait le : .....

**Signature de la personne de confiance  
(recommandée)**



# Capio Clinique Sainte Odile

6, rue des Prémontrés - CS 30029 - 67501 HAGUENAU CEDEX

Téléphone : 03 88 63 48 48 - Fax : 03 88 63 48 50

[www.capio.fr](http://www.capio.fr)

AUTORISATIONS D'OPÉRER,  
D'ANESTHÉSIE OU DE SOINS

Etiquette  
(Cadre réservé à l'administration)

## AUTORISATIONS D'OPÉRER, D'ANESTHÉSIE OU DE SOINS

### AUTORISATIONS D'OPÉRER, D'ANESTHÉSIE OU DE SOINS :

Je soussigné (e),  Patient  Père  Mère  Tuteur ayant autorité parentale

Représentant du majeur protégé

(nom, prénom, date de naissance) .....

n° Tél. : .....

(nom, prénom, date de naissance) .....

n° Tél. : .....

Déclare autoriser : le Chirurgien, l'Anesthésiste ou autre praticien et tout personnel soignant à pratiquer toute intervention chirurgicale, acte d'anesthésie ou acte médical et les examens biologiques en vue du dépistage de certaines maladies infectieuses (Hépatites B et C, VIH...) imposés par mon (son) état de santé et l'affection dont je (il / elle) souffre.

Et avoir donné mon consentement éclairé aux praticiens après qu'ils m'aient informé(e) des bénéfices et risques liés à l'intervention chirurgicale, aux actes anesthésiques ou aux actes médicaux et à toutes les conditions nécessaires pour leur réalisation dans les meilleures conditions de sécurité (y compris à visée diagnostique et thérapeutique éventuellement pratiqués par d'autres médecins).

sur la personne de :

Moi-même

Mon enfant mineur dont je suis détenteur de l'autorité parentale (Nom/Prénom /Date de naissance) :

.....

M. ou Mme .....

Incapable sous curatelle/tutelle dont je suis le représentant.

Signature des deux parents obligatoire pour un mineur.

Date : .....

Signature :

Père :

.....

Mère :

.....

Tuteur ayant autorité parentale :

.....

Tuteur du majeur protégé :

.....

Patient :

.....