

Formulaire

DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE À PRÉVENIR



QU'EST-CE QU'UNE PERSONNE À PRÉVENIR ?

Toute personne peut désigner une ou des « personne(s) à prévenir » pour son hospitalisation. La personne à prévenir est contactée par l'équipe médicale et soignante en cas de besoin ou d'évènement(s) particulier(s) au cours de votre séjour, qu'il soit d'ordre organisationnel ou administratif (transfert vers un autre établissement de santé, fin du séjour et sortie de l'établissement, ...).

La personne à prévenir n'a pas accès à votre dossier ni aux informations médicales vous concernant, sauf procuration de votre part, et ne participe pas aux décisions médicales. Vous pouvez, au cours de votre hospitalisation ou à la fin de celle-ci demander à changer de personne à prévenir, à l'aide du formulaire dédié disponible dans votre service de soins.

QUI POUVEZ-VOUS DÉSIGNER COMME PERSONNE À PRÉVENIR ?

La personne de confiance n'est pas forcément la personne à prévenir. Toutefois, une seule et même personne peut remplir ces deux fonctions. La personne à prévenir peut être un membre de votre famille, un proche ou votre médecin traitant. Il vous appartient d'informer la personne que vous avez choisie, de vous assurer de son accord et d'obtenir sa signature.

La désignation de la personne à prévenir est facultative et n'est valable que pour la durée de cette hospitalisation. Elle doit être écrite et peut être révoquée à tout moment, à l'aide du formulaire de révocation disponible dans votre service de soins.

VOUS SOUHAITEZ DÉSIGNER UNE PERSONNE À PRÉVENIR ?

- ☐ Je souhaite que ma personne de confiance soit également ma personne à prévenir
- ☐ Je ne souhaite pas désigner de personne à prévenir
- ☐ Je souhaite désigner une personne à prévenir différente de ma personne de confiance

La personne à prévenir que j'ai désignée est :

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance : / /

Sexe : ☐ F ☐ M

Téléphone :

Mail :

Adresse :

.....

Ville :

Code postal :

Cette personne est :

- ☐ Un membre de ma famille
- ☐ Un proche
- ☐ Mon médecin traitant

PERSONNE HOSPITALISÉE

FAIT LE :

À :

SIGNATURE(S) :