



## FICHE PATIENT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nous souhaitons que le malade qui sollicite une cure ait fait un cheminement préalable en réfléchissant à sa situation sociale, familiale et professionnelle.

Pour cela, nous proposons au futur patient de désigner une personne de son entourage en qui il met sa confiance, qui sera son « accompagnateur ».

Celui-ci l'aidera dans cette préparation de la cure, puis, durant le temps de la cure et au cours des premiers mois du retour. L'accompagnateur peut être le conjoint, un parent ou un ami **et peut être différent de la personne de confiance**. Il porte intérêt au devenir du patient. Il existe entre eux deux une relation de confiance et de respect réciproque.

Le patient indiquera également les coordonnées du travailleur social qui l'aide à préparer un projet d'avenir.

DESIGNATION DE L'ACCOMPAGNATEUR(TRICE) CHOISI(E) PAR LE (LA) PATIENT(E) :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Le cas échéant, lien de famille : \_\_\_\_\_

DESIGNATION DU PARTENAIRE SOCIAL DU (DE LA) PATIENT(E) :

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Vous avez réfléchi avec votre accompagnateur ou un travailleur social à un projet pour la sortie de cure. Nous vous demandons, éventuellement avec l'aide de votre accompagnateur, de nous rédiger **une lettre de motivation exposant vos projets**.



## **Désignation de la personne de confiance**

Sauf empêchement majeur, cette lettre doit être remplie de façon manuscrite par le patient.

Rappel des dispositions légales : Art L. 1111-6 du Code de la Santé Publique (loi n° 2002-303 du 4 mars 2002).

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment.

Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent.

Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement) ».

### **CE DOCUMENT DOIT ÊTRE ENVOYE A L'ETABLISSEMENT APRES AVOIR ETE SIGNE**

**Je soussigné(e), Monsieur, Madame,**

NOM : .....

PRENOM : .....

ADRESSE : .....

.....

**Désigne comme personne de confiance, dont la mission est rappelée dans l'article ci-dessus :**

Monsieur, Madame, Mademoiselle,

NOM : .....

PRENOM : .....

ADRESSE : .....

.....

TELEPHONE : .....

LIEN AVEC LE PATIENT : .....

Fait à Haguenau,

le .....

Signature :

Annulation éventuelle de la désignation le .....

Signature :