

PERSONNE DE CONFIANCE FORMULAIRE DE DESIGNATION

*(Article L. 1111-6 du Code de Santé Publique)
(Lois du 4 mars 2002 et du 25 avril 2005)*

Qu'est-ce qu'une personne de confiance ?

- Selon la loi du 4 mars 2002, une personne de confiance est une personne qui, si vous le souhaitez, vous accompagnera dans vos démarches et assistera aux entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions.
- Au cas où vous ne pourriez exprimer votre volonté et recevoir l'information vous concernant, la personne de confiance sera alors consultée par le médecin.
- Cette personne peut être un parent, un proche ou votre médecin traitant.
- Elle vous assiste mais ne se substitue pas à vous. Elle ne décide pas à votre place ni ne peut consulter votre dossier médical.
- Désigner une personne de confiance est un droit. Cette désignation est facultative.

Comment désigner une personne de confiance ?

- Cette désignation se fait par écrit. Elle est valable pour toute la durée de votre séjour mais vous avez la possibilité de révoquer à tout moment la personne désignée. Pour cela, il vous suffit d'en informer le personnel soignant et de désigner, le cas échéant, une nouvelle personne.
- Un formulaire de désignation et de révocation vous est proposé au verso de cette feuille. Ce formulaire sera ensuite déposé dans votre dossier.
- C'est à vous qu'il revient d'informer la personne que vous avez choisie de sa désignation et de vous assurer de son accord.

Remarque : La personne de confiance n'est pas obligatoirement la « personne à prévenir ». Il est donc important de nous informer également de l'identité ou des identités de cette ou ces personnes à prévenir en cas de besoin.



DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e), Mme, Melle, M.
Date de naissance :
Demeurant à :

Déclare :

- Avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et ne pas souhaiter en désigner une.
 Avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et souhaite désigner :

Mme, Melle, M. :
Demeurant à :
Téléphone :
comme PERSONNE DE CONFIANCE

Fait à : Le :
Signature du patient ou du résident :

ACCORD DE LA PERSONNE DE CONFIANCE (FACULTATIF)

Je soussigné (e) :

Mme, Melle, M. :
Demeurant à :
Téléphone :

accepte ma désignation comme PERSONNE DE CONFIANCE de :

Mme, Melle, M.
durant son séjour hospitalier.

Fait à : Le :
Signature de la personne de confiance :

REVOCACTION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je, soussigné (e), Mme, Melle, M.
Date de naissance :
Demeurant à :

décide de révoquer la désignation de :

Mme, Melle, M. :
Demeurant à :
Téléphone :
comme PERSONNE DE CONFIANCE

Fait à : Le :
Signature du patient ou du résident :

