

Désigner sa personne de confiance¹

*Désigner une personne de confiance contribue
au respect de votre droit à l'information¹*

Son rôle ?

Elle a plusieurs missions :

- ♦ **Vous accompagner dans vos démarches** et assister aux entretiens médicaux, afin de vous aider dans vos décisions.
- ♦ Dans le cas où vous deviendriez **hors d'état de vous exprimer**, elle sera consultée en priorité comme témoin de votre volonté, et référent auprès de l'équipe médicale. Facilitez-lui la tâche en rédigeant vos directives anticipées.

Cette personne a donc une grande responsabilité et doit accepter cette mission.

Qui choisir ?

Vous pouvez désigner **toute personne majeure** de votre entourage (un parent, un proche, votre médecin traitant...) en qui vous avez confiance. Vous hésitez ? Choisissez celle qui, selon vous, respectera le mieux votre volonté.

Il est important que vous échangiez avec cette personne pour avoir son accord et l'informer sur ses futures missions.

Comment la désigner ?

La désignation se fait **par écrit**, sur le formulaire (au verso). La personne que vous désignez doit contre signer le formulaire.

Si vous avez des difficultés pour écrire, vous pouvez demander à 2 personnes d'attester par écrit que cette désignation est bien conforme à votre volonté.

Important :

En aucun cas, la personne de confiance désignée ne pourra accéder à votre dossier médical en dehors de votre présence et sans votre accord.

1. Si vous faites l'objet d'une mesure de tutelle, vous devez avoir l'autorisation du Juge ou du Conseil de famille pour la désigner
2. Article L 1111-6 du Code de la Santé Publique



Formulaire de désignation de la personne de confiance

(pour les patients majeurs et pour les majeurs sous tutelle sous réserve d'autorisation)

- art. L 1111-6 du Code de la Santé Publique

Je soussigné(e) :

Né(e) le :/...../..... à

Je souhaite désigner comme personne de confiance, Monsieur Madame

Nom / Prénom :

Né(e) le : à

Adresse :

Téléphone: Courriel:

Cette personne, légalement capable est :

un parent un proche un médecin traitant

Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes les démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions. J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

Fait à : le :/...../.....

Signature du patient

Signature de la personne de confiance

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Fait à : le :/...../..... Signature du patient

Je souhaite révoquer la personne de confiance susnommée

Fait à : le :/...../..... Signature du patient

Patient non en mesure de désigner une personne de confiance

Fait à : le :/...../..... Signature du soignant

Partie facultative :

- ♦ J'ai fait part de mes directives anticipées à ma personne de confiance, telles que décrit à l'article L. 1111.11 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code : Oui Non
- ♦ Ma personne de confiance possède un exemplaire de mes directives anticipées : Oui Non

Merci de remettre ce document à l'équipe soignante qui le conservera dans votre dossier médical.

Document à scanner et à intégrer au dossier informatisé du patient/résident.