

FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Article L.1111-6 du Code de la santé publique

Madame, Monsieur,

L'article L.1111-6 du Code de la santé publique vous donne la possibilité de désigner une personne de confiance, librement choisie par vous-même dans votre entourage (parent, proche, médecin traitant, ...) et en qui vous avez toute confiance pour vous accompagner en cas de besoin tout au long de votre prise en charge et pour les décisions à prendre. Cette désignation reste valable au-delà de cette hospitalisation. Vous gardez toutefois la possibilité de révoquer cette personne de confiance à tout moment.

○ le patient est dans l'incapacité de désigner une personne de confiance : à tracer dans le dossier du patient par une transmission ciblée ou dans le mot d'observation médicale

Je soussigné(e) NOM, PRÉNOM : en majuscule _____
né(e) le __ / _____ / _____ à _____

○ souhaite désigner la personne de confiance suivante :

NOM, PRÉNOM : en majuscule _____
né(e) le __ / _____ / _____ à _____

Téléphone : _____ E-mail : _____@_____

Lien avec le patient : _____

Je certifie avoir :

- informé cette personne que je l'ai désignée pour être ma personne de confiance
- fait part, le cas échéant, à cette personne de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer

J'ai bien noté que la personne que j'ai désignée pour être ma personne de confiance pourra :

- m'accompagner, à ma demande, dans mes démarches à l'hôpital et assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions
- être consultée par l'équipe hospitalière au cas où je ne serais plus en état d'exprimer ma volonté concernant les soins ou de recevoir l'information nécessaire pour exprimer ma volonté. Dans ces circonstances, sauf en cas d'urgence ou d'impossibilité de la joindre, aucune investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable

J'ai pris note que :

- les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin ne seront pas communiquées à la personne de confiance
- je pourrai mettre fin à cette désignation à tout moment

Lors d'une nouvelle hospitalisation vous avez la possibilité de conserver la personne nommée ci-dessus ou de la révoquer en cochant la case suivante et en remplissant un nouveau formulaire

○ ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Fait à : _____ Le : _____
Signature :

Signature de la personne de confiance (si possible) :

Si vous êtes dans l'impossibilité physique de compléter vous-même le formulaire de désignation d'une personne de confiance

TEMOIN 1 - Je soussigné(e) :

Nom, Prénom : _____

Qualité : _____

atteste que Mme, M. _____

a exprimé librement sa volonté de désigner une personne de confiance

Fait à : _____ Le : _____

Signature :

TEMOIN 2 - Je soussigné(e) :

Nom, Prénom : _____

Qualité : _____

atteste que Mme, M. _____

a exprimé librement sa volonté de désigner une personne de confiance

Fait à : _____ Le : _____

Signature :