Formulaire de désignation d'une personne de confiance

Je soussigné(e) :

NOM d'usage : _____ **Prénom :** _____ Date de naissance : ___/___/____

Reconnais avoir pris connaissance de la plaquette d'information ci-jointe, et être informé(e) de ma possibilité de désigner une personne de confiance comme mentionnée aux articles L.1111-6 du code de la santé publique et L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

☐ Le patient ne peut **pas désigner** la personne de confiance

☐ Je **ne souhaite pas désigner** une personne de confiance

☐ Je **souhaite désigner** comme personne de confiance :

NOM d'usage : _____ **Prénom :** _____ Date de naissance : ___/___/___

Qualité (lien avec la personne) : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : *Domicile* : ____/____/____/____/____ *Portable* : ____/____/____/____/____

Professionnel : ____/____/____/____/____ E-mail : _____

Je décide de désigner cette personne de confiance *(cocher 1 seule case)* :

☐ Pour la durée de mon hospitalisation **ou** ☐ Jusqu'à décision contraire de ma part
(Si hébergement ou si plusieurs hospitalisations)

⇨ Par le présent document, j'indique également expressément que cette personne de confiance exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code : **oui** □ **non** □

- Je lui ai fait part de mes directives anticipées, telles que définies à l'article L. 1111-11 du code de la santé publique, si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : **oui** □ **non** □
- Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : **oui** □ **non** □

Fait le ____/____/____ **à** _____ **Signature Patient :**

Fait le ____/____/____ **à** _____ **Cosignature de la personne de confiance :**

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance, deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans la partie ci-dessus, est bien l'expression de votre volonté. *(un personnel soignant peut se substituer à la rédaction sous couvert d'un collègue témoin)*

Attestation	*NOM d'usage*	*Prénom*	*Qualité (lien avec la personne)*	*Date et Signature*
Rédacteur				
Témoin				

REVOCATION

Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation / Hébergement, sauf volonté contraire du patient qui peut la révoquer à tout moment. Que, par suite, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique.

☐ **Je décide de révoquer cette personne de confiance**

Fait à

Date et signature Patient :

Si vous êtes dans l'incapacité d'écrire seul(e), deux personnes peuvent attester ci-dessous de votre volonté de la révocation de la personne de confiance

En tant que	**Nom/Prénom**	**Qualité**	**Date et Signature**
Rédacteur			
Témoin			

Formulaire de désignation d'une personne de confiance

Une personne hospitalisée ou hébergée de votre entourage vient de vous désigner comme personne de confiance

Il s'agit pour vous d'une faculté et non d'une obligation.
Vous pouvez, si vous le souhaitez, disposer d'un délai de réflexion.

Quelle est votre rôle et votre mission ?

Si vous acceptez,
votre rôle consistera à accompagner et à refléter au mieux la volonté de votre proche hospitalisé. Vous devrez donc vous efforcer de ne pas être guidé(e) par vos propres convictions et vos sentiments personnels.

Comme le prévoit la réglementation, vous pourrez alors :
- assister et accompagner votre proche hospitalisé avec son accord,
- être consulté(e) si son état ne lui permet pas de faire connaître au personnel soignant son avis ou les décisions qu'il souhaite prendre concernant sa santé.

Si le personnel soignant souhaite connaître votre avis,
cet avis sera prépondérant sur le reste de l'entourage de votre proche, qui sera en principe également consulté avant toute intervention ou décision médicale importante. **Cet avis ne sera que consultatif. Il servira à éclairer la décision prise par le corps médical.**

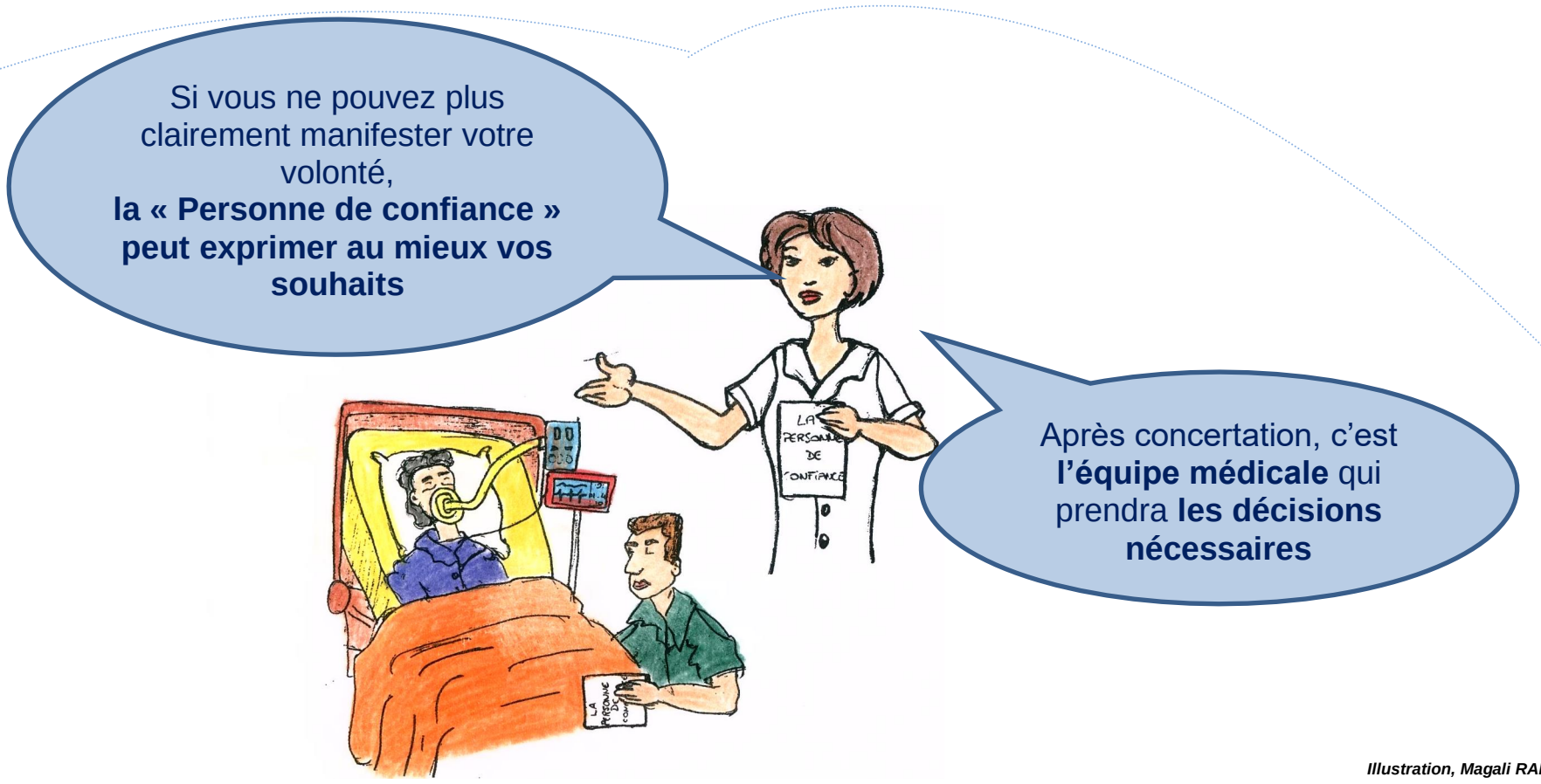
Des informations sur l'état de santé de votre proche vous seront transmises par les médecins. Ces informations sont strictement confidentielles. Par ailleurs, **vous n'aurez pas la possibilité d'accéder directement à son dossier médical.**

Pour guider au mieux l'équipe de soins en cas de besoin, **nous vous encourageons vivement à discuter avec la personne qui vous a désigné(e) sur sa façon de voir les choses** (choix thérapeutiques, refus d'un traitement).

Réalisé à partir du modèle initial REQUA

La Personne de Confiance

(Loi du 4 mars 2002 – Article L.1111-6 du code de la santé publique)



Illustration, Magali RADEY