

Désignation d'une personne de confiance

Etiquette

La loi du 4 mars 2002 vous donne la possibilité de désigner une personne de confiance pour la durée de votre hospitalisation.

QUI : Toute personne majeure de votre choix, avec ou sans lien de parenté. Personne de confiance et personne à prévenir peuvent être la même personne.

COMMENT : Par écrit, en remplissant par exemple ce formulaire. L'accord et la signature de la personne de confiance sont obligatoires. Cette désignation est révocable à tout moment par l'un ou l'autre.

POURQUOI : Si vous le souhaitez, elle peut vous accompagner dans vos démarches, assister à vos entretiens médicaux afin de vous aider dans vos prises de décisions. Elle ne peut prendre connaissance de votre dossier médical qu'avec votre consentement et ne peut communiquer les informations concernant votre santé à un tiers.

Si vous ne pouvez plus vous exprimer, elle sera la personne consultée en priorité par l'équipe médicale lors de tout questionnement concernant votre santé. Cette personne de confiance n'exprime pas ses propres souhaits, mais rapporte les vôtres.

En l'absence de personne de confiance désignée, ce sont le ou les membre(s) de votre famille en priorité, à défaut vos proches qui seront sollicités dans les mêmes circonstances.

DESIGNATION

Je soussigné(e),

NOM :

PRENOM :

Né(e) le :

☐ *Ne souhaite pas désigner une personne de confiance pour la durée de mon hospitalisation*

☐ *Est dans l'incapacité de désigner une personne de confiance*

☐ *Nomme comme personne de confiance pour la durée de mon hospitalisation :*

M ou Mme NOM :

PRENOM :

Adresse :

Téléphone fixe :

Téléphone Mobile :

Fait à :

Fait à :

Le :

Le :

Signature du patient

Signature de la personne de confiance

Désignation d'une personne de confiance

Etiquette

CAS PARTICULIERS

- ☐ Majeurs protégés : Autorisation du juge ou du conseil de famille obligatoire
- ☐ Impossibilité physique d'écrire ou de remplir seul(e) le formulaire désignant la personne de confiance, deux personnes peuvent attester que la personne de confiance désignée dans le recto de ce formulaire est bien l'expression de votre volonté

Témoin n°1 : Je soussigné(e),

NOM :

PRENOM :

Né(e) le :

Qualité (lien avec le désignant) :

Atteste que la personne de confiance désignée au recto est bien l'expression libre et éclairée de M. ou Mme

Fait à :

Le :

Signature du Témoin n°1 :

Témoin n°2 : Je soussigné(e)

NOM :

PRENOM :

Né(e) le :

Qualité (lien avec le désignant) :

Atteste que la personne de confiance désignée au recto est bien l'expression libre et éclairée de M. ou Mme

Fait à :

Le :

Signature du Témoin n°2 :

REVOCATION

☐ **Pour le patient** :

Je soussigné(e), NOM, PRENOM :

Né(e) le :

Met fin à la désignation de Nom et Prénom

Comme personne de confiance

Fait à :

Le :

Signature :

☐ **Pour la personne de confiance** :

Je soussigné(e), NOM, PRENOM :

Né(e) le

Met fin à mon mandat comme personne de confiance de Nom et Prénom

Fait à :

Le :

Signature :