



Désignation de la personne de confiance « santé »

Qu'est-ce que la personne de confiance (santé) ? (article L.1111-6 du Code de santé publique) :

La personne de confiance a une mission d'accompagnement dans vos démarches liées à votre santé, elle peut vous aider dans vos décisions concernant votre santé. En revanche, elle ne prendra pas de décision à votre place.

Vous pouvez lui remettre vos directives anticipées. Il s'agit de vos volontés, formulées par écrit si un jour vous ne pouvez plus vous exprimer, concernant la poursuite, la limitation, l'arrêt ou le refus de traitements ou d'actes médicaux (L'établissement met à votre disposition un formulaire pour vous aider à rédiger vos directives, n'hésitez pas à en faire la demande).

Si vous ne pouvez plus exprimer votre volonté, votre personne de confiance sera consultée en priorité par l'équipe médicale, elle sera votre porte-parole sur vos souhaits et volontés, par exemple sur la poursuite, la limitation ou l'arrêt des traitements.

Son témoignage l'emportera sur tout autre témoignage. Cette personne doit être d'accord pour assumer ce rôle et doit signer avec vous le formulaire de désignation. Vous pouvez à tout moment changer d'avis et/ou changer de personne de confiance.

La désignation d'une personne de confiance est un droit mais en aucun cas une obligation, vous êtes libre de ne pas désigner une personne de confiance.

- Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance
- Je souhaite désigner une personne de confiance
- Le patient est en incapacité de désigner une personne de confiance

Je soussigné (nom, prénom(s))
 né(e) le / / à (lieu de naissance)

Nomme la personne de confiance suivante (nom, prénom(s), lien de parenté) :

.....
 né(e) le / / à (lieu de naissance)

Domiciliée au (adresse, CP, VILLE)

Téléphone : Email :

Ma personne de confiance a donné son accord pour sa désignation : OUI NON
 Cette personne possède un exemplaire de mes directives anticipées : OUI NON

Fait à le

Signature patient :

Signature personne de confiance :



Désignation de la personne de confiance « santé »

Cas particulier 1 : Vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e), deux personnes peuvent attester ci-dessous que la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

<p>Témoïn 1</p> <p>Je soussigné(e) <i>nom prénom</i> :</p> <p>Qualité :</p> <p>Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée du patient.</p> <p>Fait à le</p> <p>Signature :</p>	<p>Témoïn 2</p> <p>Je soussigné(e) <i>nom prénom</i> :</p> <p>Qualité :</p> <p>Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée du patient.</p> <p>Fait à le</p> <p>Signature :</p>
---	---

Cas particulier 2 : Vous êtes sous le régime de la tutelle.

Le conseil de famille ou le juge des tutelles m'a donné une autorisation officielle de désigner ma personne de confiance OUI NON

Révocation et substitution de la personne de confiance

Je soussigné (*nom, prénom(s)*),
né(e) le / / à (*lieu de naissance*)
met fin à désignation de la personne de confiance suivante (*nom, prénom(s), lien de parenté*) :

né(e) le / / à (*lieu de naissance*)
Domiciliée au (*adresse, CP, VILLE*) :

Désigne comme nouvelle personne de confiance durant cette hospitalisation :

(*nom, prénom(s), lien de parenté*) :
né(e) le / / à (*lieu de naissance*)
Domiciliée au (*adresse, CP, VILLE*) :

Ma personne de confiance a donné son accord pour sa désignation : OUI NON

Fait à le

Signature patient :

Signature personne de confiance :