

Formulaire de désignation d'une personne de confiance



Référence : **FE01-DROIT-004-V1**

Version : 1

Date de révision max 4 ans :

06/2023

Date rédaction: 06/06/2019

 ${\sf Date\ modification:}$ Date validation: 06/2019

Il vous est possible, si vous le souhaitez, de désigner une personne (au sens de l'article L. 1111-6 du Code de la Santé Publique) que vous aurez choisie librement et en qui vous avez toute confiance, pour vous accompagner tout au long de votre prise en charge.

Vous pouvez à tout moment mettre fin à cette désignation ou désigner une autre personne de votre choix. Votre décision figurera dans votre dossier patient.

Vous trouverez des informations complémentaires au verso de ce document.

Je soussigné(e)
Nom d'usage, de naissance :
Prénoms :
Date et lieu de naissance :
déclare avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et ne pas souhaiter désigner une telle personne. nomme la personne de confiance suivante :
Nom, prénoms :
Qualité-lien avec la personne :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone(s) :
J'ai bien noté que la personne désignée ci-dessus :
D pourra être consultée par l'équipe soignante si je n'étais pas en état d'exprimer ma volonté
concernant les soins oude recevoir l'information nécessaire pour le faire ;
a ma demande, m'accompagnera dans mes démarches et pourra assister aux entretiens
médicaux, ceci afin dem'aider dans mes décisions ;
n'aura pas accès aux informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin ou à l'équipe soignante ;
and est révocable ou modifiable à tout moment.



Formulaire de désignation d'une personne de confiance

Référence	: FE01-DROIT-004-V1
-----------	---------------------

Version: 1

Concernant mes	directives	anticipées
----------------	------------	------------

Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de
m'exprimer: □ oui - □ non
\square elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : \square oui - \square non.

Partie réservée au demandeur	Partie réservée à la personne de confiance
Fait à :	J'accepte d'être désignée personne de confiance
	□ _{oui} □ non
Le:	
	Fait à:
Signature	
	Le:
	Signature de la personne de confiance

La personne de confiance

La désignation de la personne de confiance

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou sonmédecin traitant.

La désignation de la personne de confiance n'est pas obligatoire mais fortement conseillée.

Lors de votre hospitalisation ou votre prise en charge ambulatoire, l'équipe soignante vous propose de désigner une personne de confiance qui sera valable sur toute la durée de votre prise en charge.

La désignation de la personne de confiance s'effectue par écrit ; elle est révisable et révocable à tout moment.



Formulaire de désignation d'une personne de confiance

Référence : FE01-DROIT-004-V1

Version: 1

Ce document doit préciser les coordonnées de la personne de confiance. Dans tous les cas, la personne deconfiance désignée doit apposer sa signature sur le document la désignant.

Son rôle

La personne de confiance s'exprime en votre nom et non à titre personnel.

Si vous le souhaitez, elle peut vous accompagner dans vos démarches et assister aux entretiens médicaux afinde vous aider dans vos décisions.

La personne de confiance est soumise à un devoir de confidentialité.

Le secret médical n'est pas levé vis-à-vis de la personne de confiance qui n'a pas accès à votre dossier patient.

Toutefois, en cas de diagnostic grave, la personne de confiance peut recevoir les informations nécessaires pourvous soutenir, sauf si vous vous y opposez (article L1110-4 du code de la santé publique).

La personne de confiance peut poser des questions que vous auriez souhaité poser et recevoir du médecin desexplications qu'elle pourra vous restituer.

En l'absence de directives anticipées, son avis l'emporte sur tout autre avis émis par la famille ou les proches.La nature et les motifs de décision lui sont communiqués.