



Vous souhaitez être assisté (e) d'une personne de confiance

Suivant l'article L. 1111-6 du Code de la Santé Publique :

- Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui sera consultée au cas où elle serait hors d'état d'exprimer sa volonté.
- La désignation de la personne de confiance s'inscrit dans le suivi du patient, à tout moment, avant ou pendant une hospitalisation.

La personne de confiance peut, avec votre accord :

1- vous accompagner au cours de votre prise en charge médicale (ainsi qu'aux consultations, examens, etc.)

2- vous accompagner lors de la consultation de votre dossier médical mais ne peut y accéder directement.

Si vous n'êtes plus **en état d'exprimer votre volonté**, et en l'**absence de Directives Anticipées**, votre personne de confiance devra être **consultée** par l'équipe soignante sur vos **volontés**.

Elle sera **informée des décisions médicales** prises vous concernant.

- ⇒ La désignation n'est **pas obligatoire** et peut être **modifiée ou révoquée à tout moment**.
- ⇒ Elle se fait par **écrit**. En cas d'impossibilité d'écrire, deux témoins attesteront de cette désignation.

Si vous êtes sous **mesure de protection**, vous pouvez désigner une personne de confiance avec l'**autorisation du juge**.

Formulaire de désignation de la personne de confiance

(au sens de l'article L.1111-6 du Code de santé publique)

Je soussigné(e) nom, prénoms, date et lieu de naissance

nomme la personne de confiance suivante

Nom, prénoms : _____

Adresse : _____

Téléphone privé : _____ professionnel : _____ portable : _____

E-mail : _____

→ 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

→ Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui non

Fait à : _____ le : _____

Signature

Signature de la personne de confiance

CAS PARTICULIER

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 le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

Témoïn 1 : *Je soussigné(e)*

Nom et prénoms : _____

Qualité (lien avec la personne) : _____

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M _____

→ que M _____ lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui non

→ que M _____ lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées :
oui non

Fait à : _____ le : _____

Signature

Témoïn 2 : *Je soussigné(e)*

Nom et prénoms : _____

Qualité (lien avec la personne) : _____

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M _____

→ que M _____ lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui non

→ que M _____ lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées :
oui non

Fait à : _____ le : _____

Signature