

## DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

En application de l'article L111-6 du Code de la Santé Publique et de la loi du 22 avril 2005, tout patient majeur peut désigner une personne de confiance.

### Quel est le rôle de la personne de confiance ?

- ◆ Accompagner la personne hospitalisée dans ses démarches et notamment l'assister, si cette dernière le souhaite, au cours des entretiens médicaux, pour l'aider dans ses décisions.
- ◆ Avoir un rôle consultatif dans le cas où la personne hospitalisée serait hors d'état d'exprimer sa volonté ou de recevoir les informations nécessaires. La personne de confiance témoigne d'indications qui lui auraient été données par la personne malade, mais ne peut se substituer à elle, c'est à dire consentir ou refuser en ses lieux et place. La personne de confiance n'est pas non plus titulaire du droit d'être informée sur l'état de santé de la personne hospitalisée et ne dispose pas d'un droit d'accès à son dossier médical.

Je, soussigné, .....

### ne souhaite pas désigner une personne de confiance

Je reconnais avoir été informé de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment, je peux procéder à sa désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

### souhaite désigner comme personne de confiance :

NOM MARITAL : .....Prénom : .....

NOM DE JEUNE FILLE : .....

Date et lieu de naissance: .....

Adresse: .....

.....

N° de portable: ..... N° de fixe: .....

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

- Un proche    Un parent    Mon médecin traitant

J'ai été informé que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

Fait à ..... Le .....

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

## DESIGNATION DE LA (DES) PERSONNE(S) A PREVENIR

Je peux également désigner une ou plusieurs personnes que l'établissement pourra contacter en cas de nécessité.

- ◆ La personne à prévenir est contactée par l'équipe médicale et soignante en cas d'événement(s) particulier(s) au cours de votre séjour d'ordre organisationnel ou administratif.
- ◆ La personne à prévenir n'a pas accès aux informations médicales vous concernant et ne participe pas aux décisions médicales.

Nom : .....Prénom:.....

Adresse : .....

N° de portable : .....N° de téléphone : .....

**Directives anticipées :** Vous avez la possibilité, si vous êtes majeur, d'établir des directives anticipées précisant les conditions que vous souhaitez voir appliquer à la fin de votre vie dans le cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté. Ce document peut être rempli sur papier libre et peut être conservé dans votre dossier médical, confié à votre médecin traitant ou à votre personne de confiance.