



à compléter

*Avant l'hospitalisation
à remettre à l'entrée du service*

La personne de confiance

Depuis la loi de 2002 relative aux droits des malades, toute personne majeure doit pouvoir lors de toute hospitalisation, désigner une personne de confiance (parent, proche ou médecin traitant). Si vous le souhaitez, cette personne peut assister aux consultations ou entretiens médicaux. Elle vous accompagne dans vos démarches et vos décisions. Elle ne devra pas divulguer des informations sans votre accord.

Si vous n'êtes pas en état d'exprimer votre volonté, elle sera consultée en priorité lors de questionnement sur la mise en oeuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements et sera votre porte-parole. Elle recevra l'information médicale nécessaire et rendra compte de votre volonté. Le médecin devra tenir compte de ce témoignage et de cet avis qui prévaudra sur tout autre témoignage.

La personne de confiance doit être majeure et doit accepter, par sa cosignature, sa désignation qui est faite par écrit. Elle est valable pour la durée de l'hospitalisation, mais vous pouvez prolonger sa validité au-delà. A tout moment, vous pouvez annuler ou modifier les termes de cette désignation.

Je soussigné(e) (NOM et prénom) :

Né(e) le :/...../..... à

Domicilié(e) à :

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance⁽¹⁾.

Je souhaite désigner comme personne de confiance :

NOM, Prénom :

Nature des relations : Conjoint Parent Proche Médecin traitant

Né(e) le :/...../..... à :

Domicilié(e) à : Téléphone :

Je prolonge la durée de validité de cette désignation au-delà de ce séjour : oui non

J'ai par ailleurs rédigé des DIRECTIVES ANTICIPÉES : oui non

Fait à : Le/...../.....

Signature :

Cadre réservé à la personne de confiance

Je certifie avoir été informé(e) et accepter ma désignation en qualité de personne de confiance,

Fait à : le/...../..... Signature :



à compléter

La personne de confiance

CAS PARTICULIERS :

1. En cas d'impossibilité physique d'écrire, deux personnes doivent attester que la désignation est bien l'expression de votre volonté.

• Témoin 1 :

Je soussigné(e), nom et prénoms :

lien avec la personne :

Atteste que la désignation de la personne de confiance est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M.

Fait à : le/...../.....

Signature :

• Témoin 2 :

Je soussigné(e), nom et prénoms :

lien avec la personne :

Atteste que la désignation de la personne de confiance est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M.

Fait à : Le/...../.....

Signature :

2. Si vous faites l'objet d'une mesure de tutelle, vous pouvez désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué.

- | | |
|---|---|
| ➤ j'ai l'autorisation du juge | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| ➤ j'ai l'autorisation du conseil de famille | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

Veuillez joindre la copie de l'autorisation.

⁽¹⁾ Cadre réservé au personnel soignant

Motif de non désignation de la personne de confiance :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Refus du patient | <input type="checkbox"/> Patient dans l'incapacité de s'exprimer |
|---|--|