



FICHE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

ETIQUETTE PATIENT

En application de l'article L.1111-6 du Code de la Santé Publique modifié par la loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie :

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance (...) qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin (...) Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions (...) Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation ... »

PATIENT(E)

Nom de naissance : Prénom(s) :

Nom d'usage : Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse :

Code postal : ____ Commune :

Hospitalisé(e) le : ____ / ____ / ____

☐ Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance ce jour

☐ Je désigne une personne de confiance

Cette personne est : ☐ un parent ☐ un proche ☐ un médecin

- Ma personne de confiance pourra à ma demande, m'accompagner dans les démarches concernant mes soins et assister aux entretiens médicaux ;
- Elle pourra être consulté(e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins qui me sont prodigués et devra recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, aucune intervention importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable sauf cas d'urgence ou impossibilité de la (le) joindre ;
- Ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurai indiquées au médecin ;
- Sera informé(e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord.
- Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.

PERSONNE DE CONFIANCE

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : ☐ Femme ☐ Homme

Adresse :

Code postal : ____ Commune :

Téléphone : ____ . ____ . ____ . ____ . ____ Adresse courriel :

Fait à : Date : ____ / ____ / ____

Signature du patient :

Signature de la personne désignée :