


**FORMULAIRE DE DESIGNATION
DE LA PERSONNE DE CONFIANCE**

Désigner une personne de confiance

La **personne de confiance** peut si vous le souhaitez : 

- vous **soutenir** dans votre cheminement personnel,
- vous **aider dans vos décisions** concernant votre santé,
-  **assister aux consultations** ou aux entretiens médicaux. Elle vous assiste mais ne vous remplace pas
- **prendre connaissance d'éléments de votre dossier médical** en votre présence : elle n'aura pas accès à l'information en dehors de votre présence et ne devra pas divulguer des informations sans votre accord.

Il est **recommandé** de lui **remettre vos directives anticipées** si vous les avez rédigées : ce sont vos volontés, exprimées par écrit, sur les traitements que vous souhaitez ou non, si un jour vous ne pouvez plus vous exprimer.

Elle a un devoir de confidentialité concernant les informations médicales qu'elle a pu recevoir, et vos directives anticipées : elle n'a pas le droit de les révéler à d'autres personnes.

Si vous ne pouvez plus exprimer votre volonté, elle a une **mission de référent auprès de l'équipe médicale**. La personne de confiance sera la **personne consultée en priorité par l'équipe médicale** lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements et recevra les informations nécessaires pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité.

La désignation d'une personne de confiance n'est pas une obligation, si vous ne souhaitez pas en désigner une, le médecin s'adressa alors naturellement aux membres les plus proches de votre famille.

Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation et doit se faire **par écrit**. La personne que vous désignez doit **cosigner le formulaire** ci-joint.



FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e) :

Nom et Prénom.....Né(e) le :...../...../..... à.....

Désigne

Nom Prénom :.....Né(e) le :...../...../..... à.....

Qualité (lien avec la personne).....

Adresse :Code postal :Ville :.....

Téléphone fixe :professionnel : portable :

E-Mail :

Comme personne de confiance en application de l'article L 1111-6 du Code de la Santé Publique et de l'article L311-5-1 du code de l'Action Sociale et des Familles.

Fait à Luynes le :/...../.....

Fait le, à..... Fait le, à :

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance

REVOCAION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE DESIGNEE

Je soussigné(e),.....

Né(e) le..... à

Met fin à la désignation de (Nom et Prénom).....
comme PERSONNE DE CONFIANCE au sens de l'article L311-5-1 du Code de l'action sociale et des familles.

Que, par suite, cette personne cessera aussi de remplir ses missions de personne de confiance mentionnée à l'article L1111-6 du Code de la santé publique : Oui Non

Fait le, à.....

Signature du patient :

Ce document est à remettre au service de soins. Il sera conservé dans votre dossier médical. Il peut être utile que vous en conserviez une copie pour vous-même et pour votre personne de confiance