



FICHE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Etiquette patient

Au sens de l'article L.1111-6 du code de la santé publique, vous avez la possibilité de désigner une personne de confiance.

- Il s'agit d'une personne majeure, suffisamment proche de vous pour connaître vos convictions et à qui vous faites confiance (un membre de votre famille, un ami, un voisin, votre médecin traitant, etc.).
- Cette personne de confiance pourra, si vous le souhaitez, vous accompagner dans les démarches à accomplir et assister à vos entretiens afin de vous conseiller dans les meilleurs choix thérapeutiques à adopter. Elle peut aussi vous accompagner lors de la consultation de votre dossier médical. Elle s'engage à respecter la confidentialité des informations communiquées et est soumise au respect du secret médical.
- Par ailleurs, si votre état de santé ne vous permet pas d'exprimer votre volonté ou de recevoir des informations, la personne de confiance est alors consultée par l'équipe soignante afin d'adapter au mieux le traitement en fonction des impératifs médicaux et de vos convictions.

Cette désignation sera insérée dans votre dossier médical. Elle dure le temps de votre prise en charge. Néanmoins, elle est révoquée à tout moment par écrit : il suffit d'en avertir le personnel soignant.

JE NE SOUHAITE PAS DESIGNER DE PERSONNE DE CONFIANCE, en sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation par écrit. *Signature du patient*

JE SOUHAITE DESIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE :

Je soussigné(e), Mme, Mr,,

Né(e) le : ____/____/____ à

Souhaite désigner comme personne de confiance :

Mme, Mr,,

Adresse :

.....

Tél / mail :

Fait à : Le : ____/____/____

Signature du patient

Signature de la personne de confiance



FICHE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

LE PATIENT N'EST PAS EN CAPACITE D'ECRIRE ET DESIGNE ORALEMENT EN PRESENCE DE 2 TEMOINS UNE PERSONNE DE CONFIANCE *(compléter les informations ci-dessous+ renseigner les informations ci-dessus)*

Témoïn 1 : Je soussigné(e) *(Nom/prénom)*.....,

Qualité (lien avec le patient) :

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

Fait à : Le : ____/____/____

Signature du témoin 1 :

Témoïn 2 : Je soussigné(e) *(Nom/prénom)*.....,

Qualité (lien avec le patient) :

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

Fait à : Le : ____/____/____

Signature du témoin 2 :

LE PATIENT N'EST PAS EN CAPACITE DE DESIGNER DE PERSONNE DE CONFIANCE