

Depuis la loi L 1111-6 du Code de la santé publique, du 4 mars 2002, modifiée par la loi du 2 février 2016, toute personne majeure dispose de la possibilité de désigner une personne de confiance. S'y ajoute la loi du 27 décembre 2015 qui institue une personne de confiance sociale, médico-sociale.

1

QUEL EST SON RÔLE ?

Accompagner

Si vous le souhaitez cette personne peut :

- Vous accompagner dans vos démarches et entretiens médicaux
- Vous aider dans vos décisions concernant votre santé



Transmettre

Si vous n'êtes plus en mesure d'exprimer vos volontés, cette personne :

- Témoignera afin de faire part à l'équipe de soins de vos volontés
- Indiquera où trouver vos directives anticipées si vous en avez.

Son avis prévaut sur tous les autres témoignages (proches, famille etc.) et sera pris en compte dans le cadre d'une décision médicale vous concernant.

2

PEUT DEVENIR MA PERSONNE DE CONFIANCE ?



La personne de confiance peut être choisie librement parmi vos proches, vos parents ou votre médecin traitant.

Elle n'est pas forcément la personne à prévenir.

Elle doit être majeure et apte à comprendre sa mission.

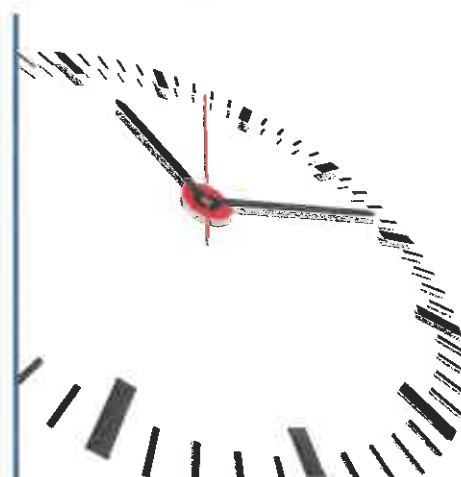
La désignation est faite par écrit et doit être signée par le patient et cosignée par la personne de confiance.

3

COMBIEN DE TEMPS EST VALABLE MA DÉSIGNATION ?

Cette désignation est possible à tout moment et est valable jusqu'à ce que vous procédiez à sa révocation ou sa révision.

La désignation est valable pendant toute la durée de votre hospitalisation sauf si vous en décidez autrement.



Nomenclature :
ENR/ADM/001

Version n° :
4

Date d'application :
18/01/2021

Page
2/3

Patient dans l'incapacité de désigner une personne de confiance : 2 personnes remplissent le formulaire

Patient dans l'incapacité physique de remplir le formulaire : 2 personnes remplissent le formulaire

Nom : Prénom : en qualité de : signature :
Nom : Prénom : en qualité de : signature :

A REMPLIR PAR LE PATIENT

- Je soussigné(e) M. / Mme Né(e) le
à reconnais avoir été informé(e) du rôle de la personne de confiance
et de la faculté de pouvoir révoquer ou de modifier le nom de cette personne à tout moment, comme de
refuser

son assistance et sa présence.

- Procède à la désignation d'une personne de confiance :

- Nom, Prénom de la personne de confiance :

- Adresse :

.....
.....

- Téléphone:.....

- Fait à le Signature :

Ne souhaite pas désigner
de personne de confiance

Appel de la personne de confiance le par Nom Prénom qualité signature

A REMPLIR PAR LA PERSONNE DE CONFIANCE (qui doit consentir)

- Je soussigné(e) M. / Mme:

- Né(e) le : à

- Reconnais avoir été informé(e) des missions de la personne de confiance : Oui Non

- Et Accepte Refuse

(cochez la case correspondante)

- D'être la personne de confiance de M. / Mme

- Fait à le • Signature :

PATIENT SOUS MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

À remplir par le mandataire (si le patient fait l'objet d'une mesure avec représentation relative à la personne)

- Je soussigné(e) M. / Mme

Confirme la personne de confiance désignée ci-dessus après avis favorable du juge des tutelles ou
du conseil de famille

Si personne de confiance désignée antérieurement à la mesure de protection :
Le juge des tutelles (ou le conseil de famille) émet un avis : Favorable Défavorable
à la reconduction de la personne de confiance antérieurement désigné

Suis désigné comme personne de confiance en tant que mandataire

- Fait à le • Signature :

Nomenclature :
ENR/ADM/001

Version n° :
4

Date d'application :
18/01/2021

Page
3/3

EVOLUTIONS

NOMENCLATURE	VERSION	DATE CREATION	DATE APPLICATION	MOTIF
ENR/DP/003a	3	13/03/2018	13/03/2018	Modification
ENR/ADM/001	4	12/01/2021	18/01/2021	Modification

VALIDATION

	REDACTION	VERIFICATION	VALIDATION	APPROBATION
Nom Fonction Service	V. Boudaud-Matjasec Responsable QGR Qualité	V. Boudaud-Matjasec Responsable QGR Qualité		E. BARILLET Présidente COFIL QUALITE- GESTION DES RISQUES
Date	12/01/2021	12/01/2021		12/01/2021
Emargement	Signé	Signé		Signé