

## FICHE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Article L.1111-6 du Code de santé publique (Source : HAS – Haute Autorité de Santé)

Vous allez être hospitalisé(e) dans notre établissement et vous êtes majeur(e) ?

Vous pouvez, si vous le souhaitez, désigner « une personne de confiance »

### PERSONNE DE CONFIANCE ET « PERSONNE A PREVENIR »

La personne de confiance n'est pas forcément la « personne à prévenir ».

Toutefois, une seule et même personne peut remplir ces deux fonctions.

- **LA « PERSONNE A PREVENIR »** est appelée en cas de besoin, par exemple pour préparer votre sortie. Elle ne partage pas le secret médical.
- **LA « PERSONNE DE CONFIANCE »** est l'interlocuteur privilégié des professionnels de santé, ayant devoir de confidentialité.

Elle peut, selon votre souhaite :

- partager le secret médical
- vous accompagner dans vos démarches et vos prises de décision
- être consultée dans le cas où vous ne seriez pas capable d'exprimer votre volonté ou de recevoir l'information
- être détentrice de vos directives anticipées si vous les avez rédigées.

### QUI POUVEZ-VOUS DESIGNER COMME PERSONNE DE CONFIANCE ?

La personne de confiance doit être majeure et peut-être un membre de votre famille, un proche, votre médecin traitant. Il vous appartient d'informer la personne que vous avez choisie et de vous assurer de son accord.

Cette désignation doit être écrite. Elle est facultative et n'est valable que pour la durée de cette hospitalisation. Elle est révocable à tout moment dans ce document. Si vous souhaitez changer de personne de confiance, demander une nouvelle fiche à remplir.

➤ **Je, soussigné(e) :**

Nom : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ...../...../..... A : .....

➤ **Désigne une personne de confiance :**

- Ne souhaite pas désigner de personne de confiance  
 Désigne une personne de confiance pour la seule durée de mon hospitalisation dans l'établissement

➤ **Si oui, remplir le cadre suivant :**

Nom :	Nom de naissance :
Prénom :	Date et lieu de naissance :
Adresse :	Adresse mail :
Téléphone :	Portable :

➤ **Cette personne de confiance est :**

- Un proche       Un parent       Mon médecin traitant

Est-elle majeure ?       Oui       Non

➤ **Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :**

- Oui       Non

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées :

- Oui       Non

Fait le : ...../...../..... A : .....	
Signature du Patient :	Signature de la personne de confiance :

Cadre réservé au patient pour notifier la révocation ou le changement de désignation de la personne de confiance

- Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée dans cette fiche  
 Je souhaite changer de personne de confiance

**Date et signature**

### **SITUATION PARTICULIERE**

- Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire, deux témoins peuvent attester par écrit que la désignation de la personne de confiance, décrite dans ce document, est bien l'expression de votre volonté.

<b>TEMOIN N°1 / Je soussigné(e) :</b>	<b>TEMOIN N°2 / Je soussigné(e) :</b>
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Qualité (lien avec la personne) :	Qualité (lien avec la personne) :
Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :	Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :
Fait le : A : Signature :	Fait le : A : Signature :