



Quel est son rôle ?

- Lorsque vous pouvez exprimer votre volonté :

A votre demande, la personne de confiance pourra vous accompagner dans vos démarches à l'hôpital et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de vous aider dans vos décisions et dans votre cheminement personnel.

- Si vous ne pouvez plus exprimer votre volonté :

La personne de confiance sera consultée pour témoigner de vos volontés lors de tous questionnements sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements.

La personne de confiance ne décide pas à votre place mais s'exprime en votre nom.

Qui peut la désigner ?

Toute personne majeure a le droit de désigner une personne de confiance.

Ce n'est pas une obligation : vous êtes libre de ne pas désigner une personne de confiance.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué.

Qui peut être la personne de confiance ?

Vous pouvez désigner toute personne majeure de votre entourage qui peut-être un parent, un proche, ou le médecin traitant.

La personne que vous souhaitez désigner doit donner son accord et cosigner le formulaire.

Vous pouvez changer de personne de confiance ou mettre fin à sa désignation à tout moment.

Une seule personne de confiance peut être désignée pour une même période.

Comment la désigner ?

La désignation se fait par écrit en complétant le formulaire au dos de cette fiche à remettre à la secrétaire médicale du service.

Formulaire de désignation d'une personne de confiance

Patient présentant des défaillances psychiques l'empêchant de désigner une personne de confiance.

Évalué le : __ / __ / __ par : _____

Je soussigné(e) : Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : __ / __ / __ Lieu de naissance : _____

reconnais avoir pris connaissance des éléments d'information figurant au verso de ce présent formulaire,
et être informé(e) de ma possibilité de désigner une personne de confiance.

Je **ne souhaite pas**
désigner une personne de confiance.

Je **souhaite**
désigner une personne de confiance

Nom : _____

Prénom : _____ Lien avec moi : _____

Date de naissance : __ / __ / __

Adresse complète : _____

_____ Téléphone : __ / __ / __ / __ / __

Cette désignation est en principe valable pour la durée de mon hospitalisation/séjour ou pour une
durée indéterminée.

Je suis informé(e) que je peux révoquer ma personne de confiance à tout moment.

Je décide de désigner ma personne de confiance :

pour la durée de mon hospitalisation et/ou de mon séjour.

pour une durée indéterminée et jusqu'à décision contraire de ma part.

Fait à _____ Le __ / __ / __ **Signature du patient/ résident :**

Co-signature de la personne de confiance :

Fait à _____ Le __ / __ / __ Signature :

NB : en signant ce document, vous acceptez votre rôle de personne de confiance.

Attestation par 2 témoins (famille et/ou professionnels) si la personne est dans l'incapacité physique d'écrire

Témoin 1 - Nom et Prénom : _____

Qualité (lien avec la personne) : _____

J'atteste que la désignation de : M/Mme _____

Comme personne de confiance est bien l'expression de la volonté
libre et éclairée de : M/Mme _____

Fait à _____ Le : __ / __ / __

Signature du témoin :

Témoin 2 - Nom et Prénom : _____

Qualité (lien avec la personne) : _____

J'atteste que la désignation de : M/Mme _____

Comme personne de confiance est bien l'expression de la volonté
libre et éclairée de : M/Mme _____

Fait à _____ Le : __ / __ / __

Signature du témoin :