

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE (Modèle 1)

La personne de confiance, pourquoi ?

En application de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L.1111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation.



- **Le majeur protégé par une mesure de tutelle ne peut désigner une personne de confiance que sur autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué**
- **Le majeur sous curatelle ou sous sauvegarde de justice peut, quant à lui, désigner sa personne de confiance**

Je soussigné(e) :

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom(s) : Né(e) le : / /

Domicilié(e) à :

Code postal : Ville :

Téléphone portable : Téléphone fixe :

E-mail :

Admis(e) au sein de l'établissement de santé en vue d'une : Hospitalisation complète Hospitalisation à temps partiel
A compter du / / pour la durée du traitement

Je souhaite désigner comme personne de confiance

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom(s) : Né(e) le : / /

Domicilié(e) à :

Code postal : Ville :

Téléphone portable : Téléphone fixe :

E-mail :

Cette personne de confiance, légalement capable, est : un proche un parent mon médecin traitant

Signature de la personne de confiance (précédée de la date et de la mention « lu et approuvé »)

Je m'engage à l'informer de sa désignation et de son rôle comme personne de confiance et m'assure de son accord écrit (soit par signature ci-dessus, soit par mail ou courrier).

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.

Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de désignation (modèle 2).

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

J'atteste avoir été informé(e) de la possibilité que prévoit la loi de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance mais à tout moment je peux procéder à cette désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à **en informer par écrit l'établissement**, en remplissant la fiche de désignation (modèle 2).

Fait à le : / /

Signature du patient :

Fait en trois exemplaires dont un est remis au patient, un conservé par l'établissement, un par la personne de confiance.

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE (Modèle 2)
Changement de désignation - Révocation

La personne de confiance, pourquoi ?

En application de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L.1111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation.



- Le majeur protégé par une mesure de tutelle ne peut désigner une personne de confiance que sur autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué
- Le majeur sous curatelle ou sous sauvegarde de justice peut, quant à lui, désigner sa personne de confiance

Cette fiche annule et remplace la précédente fiche datée du / /

Je soussigné(e) :

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom(s) : Né(e) le : / /

Domicilié(e) à :

Code postal : Ville :

Téléphone portable: Téléphone fixe :

E-mail :

Admis(e) au sein de l'établissement de santé en vue d'une : Hospitalisation complète Hospitalisation à temps partiel
A compter du / / pour la durée du traitement

Je souhaite désigner comme personne de confiance en lieu et place de la personne désignée précédemment

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom(s) : Né(e) le : / /

Domicilié(e) à :

Code postal : Ville :

Téléphone portable: Téléphone fixe :

E-mail :

Cette personne de confiance, légalement capable, est : un proche un parent mon médecin traitant

Signature de la personne de confiance (précédée de la date et de la mention « lu et approuvé »)

Je m'engage à l'informer de sa désignation et de son rôle comme personne de confiance et m'assure de son accord écrit (soit par signature ci-dessus, soit par mail ou courrier).

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.

Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de désignation (modèle 2).

Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée dans la précédente fiche, sans en désigner une nouvelle.

Fait à le : / /

Signature du patient

Fait en trois exemplaires dont un est remis au patient, un conservé par l'établissement, un par la personne de confiance.

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE - CAS PARTICULIER (Modèle 3)
Si le patient est dans l'impossibilité physique d'écrire seul le formulaire de désignation
de la personne de confiance

Deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance est bien l'expression de votre volonté.

Patient(e)

Nom de naissance : Nom d'usage :
Prénom(s) : Né(e) le : / /
Domicilié(e) à :
Code postal : Ville :
Téléphone portable: Téléphone fixe :
E-mail :

Personne de confiance désignée

Nom de naissance : Nom d'usage :
Prénom(s) : Né(e) le : / /
Domicilié(e) à :
Code postal : Ville :
Téléphone portable: Téléphone fixe :
E-mail :

Cette personne de confiance, légalement capable, est : un proche un parent son médecin traitant

Signature de la personne de confiance (précédée de la date et de la mention « lu et approuvé »)

La personne désignée a été informée de son rôle comme personne de confiance et a donné son accord écrit (soit par signature ci-dessus, soit par mail ou courrier).

Cette désignation vaut pour toute la durée de l'hospitalisation. Elle est révoquée à tout moment.

Témoïn 1

Je soussigné(e) :
Nom de naissance : Nom d'usage :
Prénom(s) : Né(e) le : / /
Qualité (lien avec la personne) :
atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de
 Monsieur Madame
Fait à le : / / **Signature**

Témoïn 2

Je soussigné(e) :
Nom de naissance : Nom d'usage :
Prénom(s) : Né(e) le : / /
Qualité (lien avec la personne) :
atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de
 Monsieur Madame
Fait à le : / / **Signature**

Fait en trois exemplaires dont un est remis au patient, un conservé par l'établissement, un par la personne de confiance.