

**Vous venez d'être admis à l'hôpital et allez y séjourner.**

**Dès maintenant, vous avez la possibilité de désigner une personne de confiance.**

## 1. Identité du patient :

(nom, prénom, date de naissance, adresse, téléphone ou étiquette)

☐ **Patient dans l'incapacité d'exprimer ses souhaits**

Motif de l'incapacité : .....

Date et signature : ..... / ..... / .....

*Signature de l'agent recueillant  
l'information*

## 2. Personne de confiance :

(L 1111-6 Code de la Santé Publique)

Dès votre admission, 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).

Cela n'empêche pas que vous puissiez désigner une ou plusieurs autre(s) personne(s) à prévenir en cas de besoin. En effet, la personne de confiance pourra, si vous le souhaitez, vous aider dans les démarches à accomplir et assister à vos entretiens afin de vous conseiller dans les meilleurs choix thérapeutiques à adopter. Sa présence pourra également s'avérer indispensable si vous ne deviez plus être en mesure de recevoir les informations médicales, ni consentir à des actes thérapeutiques.

Elle deviendrait alors un interlocuteur privilégié et serait la seule personne consultée par l'équipe médicale qui pourrait adapter au mieux le traitement en fonction des impératifs médicaux et de vos convictions.

**Cette désignation est facultative, elle doit être faite par écrit et figure dans votre dossier médical.**

Elle dure le temps de votre hospitalisation ou plus longtemps si vous le souhaitez. Néanmoins, elle est révocable à tout moment par écrit : il vous suffit d'en avertir le personnel hospitalier et de désigner, le cas échéant, une nouvelle personne de confiance.

☐ **J'ai été informé(e) par l'établissement de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour.**

☐ Toutefois, **je ne souhaite pas désigner une personne de confiance**, sachant qu'à tout moment je peux procéder à sa désignation, en remplissant ce formulaire disponible (préciser les conditions)

Fait à : .....

Le : ..... / ..... / .....

*Votre signature*

☐ **Je souhaite désigner une personne de confiance**

Pour la durée de mon hospitalisation du : .....

Mme/Mlle/M<sup>(1)</sup> .....

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

Téléphone .....

Fax/Mail .....

*En désignant cette personne de confiance, si je ne suis plus en mesure d'exprimer ma volonté, elle deviendrait un interlocuteur privilégié et serait la seule personne consultée par l'équipe médicale qui pourrait adapter au mieux le traitement en fonction des impératifs médicaux et de mes convictions.*

☐ Je **souhaite** également que cette **personne m'accompagne** dès à présent dans les démarches à accomplir et **assiste à mes entretiens** afin de me conseiller dans les meilleurs choix thérapeutiques à adopter.

☐ J'ai **informé cette personne de sa désignation** en tant que « **Personne de confiance** » et me suis **assuré(e) de son accord**.

Fait à : .....

*Votre signature*

Le : ..... / ..... / .....

**Cadre à remplir en cas d'intervention de la personne de confiance**

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en tant que personne de confiance de

Mme/Mlle/M<sup>(1)</sup> .....

☐ Je refuse de remplir ce rôle

☐ J'accepte de remplir ce rôle

*Signature de la personne désigné*

Fait à : .....

Le : ..... / ..... / .....

<sup>(1)</sup> Rayer les mentions inutiles