



FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse)

.....

Date de naissance :

Désigne M., Mme :

(nom, prénom, adresse)

.....

Tél : E-mail :

Lien avec la personne (vous pouvez désigner toute personne de votre entourage en qui vous avez confiance et qui est d'accord pour assurer cette mission) :

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance :

- pour la durée de mon hospitalisation à l'hôpital
- pour la durée de mon hospitalisation et ultérieurement

J'ai bien noté que M., Mme

- Pourra m'accompagner à ma demande dans mes démarches à l'hôpital et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- sera consulté(e) en priorité si je ne suis pas en mesure d'exprimer ma volonté lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitement et témoignera de mes souhaits, volontés et convictions. Néanmoins, c'est au médecin en concertation avec l'équipe médicale qu'il reviendra de prendre la décision.
- Ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin
- Pourra décider de mon inclusion dans un protocole de recherche médicale, si je ne suis pas en mesure d'exprimer ma volonté.
- Pourra être en possession de mes directives anticipées ou saura qui les détient pour les transmettre au médecin.
- Elle a un devoir de confidentialité concernant les informations médicales qu'elle a pu recevoir.

Je peux mettre fin à cette désignation à tout moment et par tout moyen.

Signature de la personne désignée :

Fait à :

Le :

Signature :



PÔLE SANTÉ SUD 37
Sainte Maure de Touraine

Membre de l'Équipement Hospitalier de Territoire
Touraine - Val de Loire

La personne de confiance

*La désignation d'une personne de confiance
est une possibilité qui vous est offerte.*

En aucun cas, elle n'est obligatoire

Quel est le rôle
de la personne
de confiance ?

Avec votre accord, la personne de confiance peut :

- **vous accompagner** dans vos démarches dans l'établissement de santé.
- **assister aux entretiens médicaux** si vous le souhaitez afin de vous aider dans vos décisions.
- recevoir les mêmes informations que vous.
- **être consultée** dans les situations où vous ne pourriez plus exprimer votre volonté.

Qui peut être
désigné ?

- Un proche, un ami.
- Un parent, un conjoint.
- Un médecin.

La personne de confiance doit être majeure et en accord avec cette mission.

Qui peut la
désigner ?

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance. Lorsqu'un patient fait l'objet d'une mesure de protection juridique (tutelle), elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge des tutelles (Art L1111-6 du CSP).

Les limites

Comment est-elle désignée ?

Vous ne pouvez désigner qu'une seule personne.
La personne ne peut pas avoir accès à votre dossier médical.

La désignation de la personne de confiance se fait **obligatoirement par écrit**.

Le document doit être **daté et signé** pour être valide.

Elle est valable pour la durée de l'hospitalisation ou pour une durée indéterminée, révoquant par écrit à tout moment.

Il est **indispensable d'informer la personne choisie** de sa désignation et de vous assurer de son accord par sa signature du formulaire.

Pour plus d'informations, médecins et soignants sont à votre écoute.

Le formulaire proposé au verso est à remettre au personnel du service de soins.