

Extrait de l'Article L.1111-6 du Code de la Santé Publique :

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin ».

Je soussigné(e),

NOM de naissance : NOM usuel (marital) :

Prénom(s) :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

Date d'hospitalisation ou de prise en charge :/...../.....

OU
Etiquette patient

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE :

OUI : ☐ , pour la seule durée de mon hospitalisation

NON : ☐

Si oui, remplir le cadre suivant :

Ma personne de confiance est :

☐ Monsieur

☐ Madame

NOM de naissance : NOM usuel (marital) :

Prénom(s) : Date de Naissance :/...../.....

Adresse :

Téléphone privé : Professionnel : Portable :

E-mail :

➤ 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 ☐

J'ai été bien informé(e) des missions de la personne de confiance :

- **Lorsque vous pouvez exprimer votre volonté**, elle a une mission d'accompagnement.
- **Si vous ne pouvez plus exprimer votre volonté**, elle a une mission de référent auprès de l'équipe médicale. La personne de confiance sera la personne consultée en priorité par l'équipe médicale lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements et recevra les informations nécessaires pour pouvoir exprimer ce qui vous auriez souhaité. Elle n'aura pas la responsabilité de prendre des décisions concernant vos traitements, mais témoignera de vos souhaits, volontés et convictions : celle-ci appartient au médecin et la décision sera prise après avis d'un autres médecin et concertation avec l'équipe soignantes. Elle n'exprime pas ses propres souhaits mais rapporte les vôtres. Son témoignage l'emportera sur tout autre témoignage (membres de la famille, proches...). Si vous avez rédigé vos directives anticipées, elle les transmettra au médecin qui vous suit si vous les lui avez confiées ou bien elle indiquera où vous les avez rangées ou qui les détient.
- Il est important qu'elle ait bien comprise son rôle et donné son accord pour cette mission.

Fait le :/...../..... à :

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

PARTIE RESERVEE AUX PROFESSIONNELS :

☐ **Sous sa dictée**, le patient a désigné comme personne de confiance, pour la seule durée de son hospitalisation :

☐ Monsieur

☐ Madame

NOM de naissance : NOM usuel (marital) :

Prénom(s) : Date de Naissance :/...../.....

Adresse :

Téléphone privé : Professionnel : Portable :

E-mail :

➤ Le patient lui a fait part de ses Directives Anticipées ou de ses volontés si un jour il n'est plus en état de s'exprimer : oui ☐ non ☐

➤ Le patient lui a remis un exemplaire de ses Directives Anticipées : oui ☐ non ☐

Date :/...../.....

Nom du soignant : Signature :

☐ **Le patient est dans l'incapacité de désigner une personne de confiance.**

Nom du soignant : Date :/...../.....

Signature :



CADRE RESERVE AU PATIENT POUR NOTIFIER LA REVOCATION OU LE CHANGEMENT DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE.

☐ **Je souhaite révoquer la personne de confiance** désignée sus nommée : Mme/Mr :

Fait le :/...../..... à : Signature :

☐ **Je souhaite désigner une nouvelle personne de confiance** ☐ OUI ☐ NON

Si oui, remplir le cadre suivant :

Ma personne de confiance est, pour la seule durée de mon hospitalisation :

☐ Monsieur

☐ Madame

NOM de naissance : NOM usuel (marital) :

Prénom(s) : Date de Naissance :/...../.....

Adresse :

Téléphone privé : Professionnel : Portable :

E-mail :

➤ 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 :/...../..... à :

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :