

Formulaire de désignation de la personne de confiance



Conformément aux articles L.1111-6 et suivants du Code de la santé publique, toute personne majeure peut désigner une **personne de confiance**.

La **personne de confiance** est une personne librement choisie par le patient (parent, proche, ami, médecin traitant...) qui peut :

- Accompagner le patient dans ses démarches,
- Assister aux entretiens médicaux si le patient le souhaite,
- Être consultée par l'équipe soignante **si le patient n'est plus en capacité d'exprimer sa volonté**, afin de rendre compte de ses souhaits.

☞ **Son avis prévaut sur tout autre avis non médical**, à l'exception des directives anticipées si elles existent.

Je soussigné(e) nom, prénoms, date et lieu de naissance

.....

Je désigne une personne de confiance :

Nom, prénoms :

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 à : le :

Signature

Signature de la personne de confiance

Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance

Signature

Points importants

- Elle est **valable sans limitation de durée**, sauf décision contraire du patient.
- Elle peut être modifiée ou annulée à tout moment, par écrit.
- La personne de confiance est différente de la personne à prévenir dans ses missions.
- Cette désignation n'autorise **pas** la personne de confiance à prendre des décisions médicales à la place du patient, mais à **témoigner de sa volonté**.