

# FICHE DE DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

**Article L.1111-6 Du code de la santé publique** (Source : HAS – Haute Autorité de Santé)

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance. Parmi ses missions, elle pourra vous accompagner dans vos démarches liées à votre santé et, si un jour vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté, elle sera consultée en priorité pour l'exprimer : elle pourra recevoir l'information médicale à votre place et sera votre porte-parole.

La personne de confiance n'est pas nécessairement la personne à prévenir s'il vous arrivait quelque chose. Sa mission ne concerne que votre santé.

Qui peut-être la « personne de confiance » ? Toute personne de votre entourage en qui vous avez confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission. Ce peut être votre conjoint, un de vos enfants ou un de vos parents, un ami, un proche, votre médecin traitant. Il est important que vous échangiez avec elle afin qu'elle comprenne bien vos choix et votre volonté, et puisse être votre porte-parole le moment venu. Elle ne devra pas exprimer ses propres souhaits et convictions mais les vôtres et doit s'engager moralement vis-à-vis de vous à le faire. Il est important qu'elle ait bien compris son rôle et donné son accord pour cette mission. Une personne peut refuser d'être votre personne de confiance.

Il est important également que vos proches soient informés que vous avez choisi une personne de confiance et connaissent son nom.

## ► Je, soussigné(e) :

Nom : .....  
Nom de naissance : .....  
Prénom : .....  
Né(e) le : ..... À : .....

## ► Désigne une personne de confiance :

- ☐ Ne souhaite pas désigner de personne de confiance.
- ☐ Désigne une personne de confiance pour la seule durée de mon hospitalisation dans l'établissement.
- ☐ Désigne cette personne de confiance jusqu'à ce que j'en décide autrement.

## ► Si Oui, remplir le cadre suivant :

|                                                                                                         |                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Mademoiselle |                     |
| Nom :                                                                                                   | Nom de naissance :  |
| Prénom :                                                                                                | Date de naissance : |
| Téléphone :                                                                                             | Fax :               |
| Email :                                                                                                 |                     |
| Adresse :                                                                                               |                     |

► **Cette personne de confiance est :**

|                                                                                                                     |                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Un proche <input type="checkbox"/> Un parent <input type="checkbox"/> Mon médecin traitant | Est-elle majeure ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|

► **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 :**

|                                                           |                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

► **J'ai bien été informé(e) :**

- Que cette personne de confiance sera consultée par l'équipe médicale au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de la joindre, aucune intervention ou investigation ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable. En dernier lieu, le médecin prendra la décision adaptée ;
- Qu'à ma demande, elle m'accompagnera dans mes démarches et pourra assister aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions ;
- Que les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées comme telles au médecin ne seront pas communiquées à cette personne de confiance ;
- Que je peux révoquer ou changer cette désignation à tout moment et par tout moyen (notamment au moyen de la présente fiche).
- Que la personne de confiance ne peut pas accéder à mon dossier médical, sauf mandat exprès de ma part en ce sens.

|                        |                                         |
|------------------------|-----------------------------------------|
| Fait le :              | À :                                     |
| Signature du patient : | Signature de la personne de confiance : |

► **Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire, deux témoins peuvent attester par écrit que la désignation de la personne de confiance, décrite dans ce document, est bien l'expression de votre volonté.**

|                                                                                                          |                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TÉMOIN N°1   Je soussigné(e) :</b>                                                                    | <b>TÉMOIN N°2   Je soussigné(e) :</b>                                                                    |
| Nom :                                                                                                    | Nom :                                                                                                    |
| Prénom :                                                                                                 | Prénom :                                                                                                 |
| Qualité (lien avec la personne) :                                                                        | Qualité (lien avec la personne) :                                                                        |
| Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de : | Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de : |
| Fait le :<br>À :<br>Signature :                                                                          | Fait le :<br>À :<br>Signature :                                                                          |

► **À remplir par l'équipe soignante : le patient étant dans l'impossibilité d'exprimer sa volonté et en l'absence de témoin, aucune personne de confiance n'a été désignée.**

|                   |           |             |
|-------------------|-----------|-------------|
| Nom du soignant : | Fait le : | Signature : |
|-------------------|-----------|-------------|

► **Cadre réservé au patient pour notifier la révocation ou le changement de désignation de la personne de confiance**

**En cas de révocation :** remplir ce tableau et remettre la fiche au personnel soignant.

**En cas de changement de désignation :** remplir ce tableau, remettre la fiche au personnel soignant et demander une nouvelle fiche à remplir.

► **Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée sur la présente fiche :**

|                              |           |     |
|------------------------------|-----------|-----|
| <input type="checkbox"/> Oui | Fait le : | À : |
| Signature :                  |           |     |