

Formulaire de désignation de la personne de confiance

(Article L.1111-6 du Code de la Santé Publique modifié par l'article 9 de la loi n°2016-87 du 2 février 2016)

Vous venez d'être admis au Centre Hospitalier et allez y séjourner. Dès votre admission, si vous n'êtes pas sous le régime juridique de protection qu'est la tutelle, 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.

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.

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. Néanmoins, elle est révoquée à tout moment par écrit : il vous suffit d'en avvertir le personnel hospitalier et de désigner, le cas échéant, une nouvelle personne de confiance.

Désignation de la personne de confiance

Je soussigné(e) Mme, Mr :

Demeurant :

Téléphone :

Déclare avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et ne pas souhaiter en désigner une.

Avoir reçu l'information sur la personne de confiance et souhaite désigner

en qualité de personne de confiance:

Mme, Mr :

Demeurant :

Téléphone :

Fait à : Date : **Signature du déclarant:**

Personne de confiance : Mme, Mr :

Date : **Signature de la personne de confiance :**

Révocation de la personne de confiance

Je décide révoquer Mme, Mr.....comme personne de confiance et désigner comme nouvelle personne de confiance durant mon hospitalisation :

Mme, Mr :

Demeurant :

Téléphone :

Fait à : Date : **Signature:**