

FORMULAIRE REA/QUA/FO/027

Edition n°3 - Date dernière mise à jour : mai 2024

FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

INTERNE



Conformément à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits du patient : « Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et 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. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions ». (Article L. 1111-6 du code de la santé publique).¹

FORMULAIRE 1

Je soussigné(e)

Madame, Monsieur,.....
patient(e) majeur(e) hospitalisé(e), au Centre Hospitalier Intercommunal Aix-
Pertuis

Né(e) le : à :

Domicilié(e) :

Téléphone.....

☐ **Désigne comme Personne de Confiance** durant cette hospitalisation,
Madame, Monsieur,.....

Né(e) le : à :

Domicilié(e) :

Téléphone.....

Lien avec la personne (parent, proche, médecin-traitant)

Je lui ai fait part de mes directives anticipées : ☐ Oui ☐ Non

Je lui ai transmis un exemplaire des directives anticipées : ☐ Oui ☐ Non

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

☐ Pour la durée de mon séjour dans l'établissement

☐ Pour la durée de mon séjour dans l'établissement et ultérieurement

J'ai bien noté que Madame, Monsieur,.....

- Pourra m'accompagner, à ma demande, dans les démarches concernant mes soins et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- Pourra être consulté(e) par l'équipe hospitalière 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 le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.
- Pourra décider de mon inclusion dans un protocole de recherche médicale, si je ne suis pas en mesure d'exprimer ma volonté.
- Ne recevra pas d'information que je juge confidentielle et que j'aurais indiquée au préalable au médecin par écrit.
- Pourra témoigner de ma volonté et consignée dans les directives anticipées si je lui ai remises.

☐ **Ne souhaite pas désigner une personne de confiance**

☐ **Est dans l'incapacité de désigner une personne de confiance**

Fait à :

Le :

Votre signature :

Signature de la personne désignée :

Rédaction : DQURC

Vérification : Dr H. Baghdadi / Mme Bourouma / Mme ML. Lumediluna

Version 3 – mai 2024

REA/QUA/FO/027 - version 3 imprimée le 19/09/2024

¹ : Décret 2016.1395 du 18 octobre 2016 relatif à la désignation de la personne de confiance.

FORMULAIRE REA/QUA/FO/027

Edition n°3 - Date dernière mise à jour : mai 2024

FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

INTERNE



FORMULAIRE 2

CAS PARTICULIER : Patient(e) dans l'incapacité de compléter seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance

Deux personnes doivent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance définie dans le formulaire 1 est bien l'expression de la volonté du patient.

TEMOIN 1 : Je soussigné(e)

Madame, Monsieur,.....

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

Madame, Monsieur,.....

- Qui lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : ☐ Oui ☐ Non
- Qui lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : ☐ Oui ☐ Non

Fait à : Le :

Signature :

TEMOIN 2 : Je soussigné(e)

Madame, Monsieur,.....

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

Madame, Monsieur,.....

- Qui lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : ☐ Oui ☐ Non
- Qui lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : ☐ Oui ☐ Non

Fait à : Le :

Signature :

FORMULAIRE 3

CAS PARTICULIER : Patient(e) sous tutelle

Depuis la loi n°2016-87 du 2 février 2016, les patients protégés sous mesure de tutelle, ou leur tuteur avec l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille s'il a été constitué, peuvent désormais désigner une personne de confiance.

Autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille : ☐ Oui ☐ Non

Dans l'hypothèse où la désignation de la personne de confiance a eu lieu avant la mesure de tutelle, le conseil de famille ou le juge peut confirmer ou révoquer la désignation de cette personne.

Rédaction : DQURC

Vérification : Dr H. Baghdadi / Mme Bourouma / Mme ML. Lumediluna

Version 3 – mai 2024