

**LA PERSONNE DE CONFIANCE est désignée
pour la durée de ce séjour dans notre établissement**

Art L1111-6 du Code de la Santé publique

introduit par la Loi n° 2002-203 du 4 mars 2002 et modifié par la Loi n° 2016-87 du 2 février 2016

JE SOUSSIGNÉ(E) :

Nom usuel : Nom de naissance :

Prénom : Date de naissance :

séjournant dans le service Médecine/Soins Médicaux et de Réadaptation au Centre Hospitalier de Sées,

❖ **Déclare**

ne pas faire l'objet d'une mesure de tutelle

faire l'objet d'une mesure de tutelle et joindre à ce formulaire l'autorisation du Juge des tutelles (ou du Conseil de Famille)

❖ **Déclare avoir reçu l'information sur la désignation de la personne de confiance et**

ne souhaite pas désigner de personne de confiance

souhaite désigner comme personne de confiance la personne mentionnée ci-dessous :

Nom : Prénom :

Parent Proche Médecin traitant autre (précisez) :

Adresse :

Téléphone :

Date :

Signature du Patient :

Date :

Signature de la personne de confiance :

Atteste avoir reçu l'information sur le rôle de la personne de confiance

Accepte d'être la personne de confiance

Refuse le rôle de la personne de confiance

SI RÉVOCATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE DÉSIGNÉE CI-DESSUS

Si vous souhaitez désigner une autre personne, veuillez remplir une nouvelle fiche.

Date :

Signature du Patient

SI INCAPACITÉ DU PATIENT À COMPRENDRE LA NOTION DE PERSONNE DE CONFIANCE

Nom de l'IDE :

Date :

Signature de l'IDE :

**FORMULAIRE À REMETTRE AU CADRE DE SANTÉ OU À L'INFIRMIÈRE
POUR INTÉGRATION DANS LE DOSSIER PATIENT INFORMATISÉ**

LA PERSONNE DE CONFIANCE

Vous avez choisi une personne de confiance, elle est d'accord pour relayer votre parole dans l'éventualité où vous ne pourriez plus vous exprimer. Vous pouvez désigner votre personne de confiance à tout moment à condition d'être majeur, sur le formulaire ci-joint. Choisir une personne de confiance n'est pas obligatoire, c'est un acte libre.

1. Quel est son rôle ?

Ce n'est pas elle qui décide à votre place. Elle témoigne de qui vous étiez et de votre volonté si elle la connaît.

L'avis de la personne de confiance prévaut sur l'avis de toute autre personne.

La personne de confiance n'est pas nécessairement la personne à prévenir en cas d'urgence.



Vous soutenir et vous accompagner

Elle vous soutient et vous accompagne dans votre parcours médical : consultations, entretiens médicaux, etc.

Elle vous aide à dialoguer et à réfléchir aux conditions de votre fin de vie.



Vous représenter

Elle vous représente auprès du personnel médical en matière de soins et d'actes médicaux selon vos propres volontés, si vous n'êtes plus en capacité de vous exprimer.

2. Qui peut devenir ma personne de confiance ?

- Parent/Proche
- Médecin
- Autres professionnels de santé

Votre personne de confiance doit être quelqu'un qui vous connaît bien et en qui vous avez confiance.

Elle doit faire preuve de confidentialité et de compréhension pour transmettre de façon précise et fidèle vos souhaits au moment venu.

3. Comment désigner ma personne de confiance ?



Formulaire au verso à compléter et signer par votre personne de confiance et vous-même.



Indiquez le nom, le prénom et les coordonnées de votre personne de confiance sur vos directives anticipées si vous en avez.



Informez vos proches et/ou votre médecin traitant.

4. Vous représenter

Votre personne de confiance est consultée en priorité par l'équipe médicale pour tout questionnement vous concernant.

En cas de procédure collégiale, qu'elle peut initier, elle est consultée pour éclairer l'équipe soignante et elle est informée de la décision prise.

Si vous ne pouvez plus exprimer, elle vous représente auprès du personnel médical en matière de soins et d'actes médicaux selon vos propres volontés.

Elle peut faire le lien avec votre famille ou vos proches.