

	Dossier du patient	DP 38 Version 05
	DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE	<u>Patient :</u> Nom : Prénom : N°IPP :

En application de la **loi n°2002-303 du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (article L. 1111-6 du CSP) : *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. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite **par écrit** et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révoquée à tout moment. Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué.*

Si la malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Sous la responsabilité médicale, tout professionnel soignant se doit d'informer et d'accompagner le patient dans la désignation de la personne de confiance par le biais de cette fiche.

Je soussigné(e),

Nom patronymique : Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance :

→ **JE NE SOUHAITE PAS DESIGNER DE PERSONNE DE CONFIANCE**

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance. Toutefois, je ne souhaite pas le faire, sachant qu'à tout moment, je peux procéder à une désignation.

→ **JE SOUHAITE DESIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE**

Madame Monsieur

Nom patronymique : Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Adresse :

Téléphone :

Fax / E. mail :

- Cette personne de confiance, légalement capable, est :
 - Un proche
 - Un parent
 - Mon médecin traitant
 - Autre :

- J'ai été informé(e) que cette personne de confiance peut m'accompagner dans toutes mes démarches et assister à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions, si je le souhaite.

- J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de ma prise en charge. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

Fait à :

Le :

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

ou accord téléphonique de la personne de confiance

→ **LE PATIENT N'EST PAS EN CAPACITE DE DESIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE**

→ **LE PATIENT EST SOUS TUTELLE**