

Formulaire de désignation de la personne de confiance pour une hospitalisation unique ou un cycle de soins (ENR/QUA/0122/4)

En tant que personne majeure, en pleine capacité, vous avez le droit de désigner une personne de confiance parmi votre entourage. Vous êtes libre d'en désigner une, comme de ne pas en désigner et libre d'en changer à tout moment. La personne de confiance peut, si vous le souhaitez, vous accompagner dans vos démarches, assister aux consultations et vous aider dans vos décisions médicales. Dans le cas où vous ne seriez plus en état d'exprimer vos souhaits, votre personne de confiance sera consultée en priorité pour les exprimer en votre nom et son avis prévaudra sur celui de votre entourage. La désignation d'une personne de confiance permet donc de garantir le respect de votre volonté.

Emplacement étiquette patient
[Facultatif]

Je soussigné(e) : Identité du patient :

Nom de naissance :
 Nom d'usage (exemple : nom d'époux/d'épouse) :
 Premier prénom de naissance :
 Date de naissance : | | | | | | | | | |
 Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Je déclare : à renseigner obligatoirement

- ☐ ne pas faire l'objet d'une mesure de tutelle
- ☐ avoir reçu l'information sur les modalités de désignation d'une personne de confiance, en application de la loi n° 1454 relative au consentement et à l'information en matière médicale (guide de la personne de confiance)
- ☐ Avoir été informé(e) du fait que, sauf mention contraire, cette désignation n'est valable que pour la durée de l'hospitalisation.

Je souhaite : à cocher obligatoirement

☐ **ne pas désigner une personne de confiance**
☐ **désigner une personne de confiance dont l'identité est :**
 Nom de naissance :
 Nom d'usage (exemple : nom d'époux/d'épouse) :
 Premier prénom de naissance :
 Date de naissance : | | | | | | | | | | Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin
 Adresse postale :
 Téléphone portable : Téléphone fixe :
 Lien avec la personne de confiance :

☐ Je certifie :

- avoir **informé la personne** sus-désignée :
 - de son rôle de personne de confiance
 - que son nom et ses coordonnées figureront dans mon dossier en qualité de personne de confiance.
- **conserver cette désignation** pendant toute la durée de mon hospitalisation ou cycle de soins, **sauf si je décide de la révoquer** ou si elle **démissionne**. Dans ce cas, je m'engage à porter à la connaissance de la personne dont la désignation est révoquée et à en informer l'établissement [si révocation ou démission : partie à compléter par le patient au verso].

Date : / /	Signature du patient :
Cas du patient qui n'est pas en mesure de remplir lui-même le présent formulaire : <u>Identification & signature</u> des 2 témoins	
NOM, Prénom : Signature témoin 1 :	NOM, Prénom : Signature témoin 2 :

Le formulaire complété est classé dans le dossier du patient-1 copie peut être délivrée au patient à sa demande.

**Décision de RÉVOCATION OU DÉMISSION
de la personne de confiance désignée :****Je soussigné(e) : Identité du patient :**

Nom de naissance :

Nom d'usage (exemple : nom d'époux/d'épouse) :

Premier prénom de naissance :

Date de naissance : | | | | | | | | | |

Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

- ☐ décide de **révoquer la présente désignation** et m'engage à informer la personne désignée de sa révocation.
☐ atteste que la personne de confiance présentement désignée **ne souhaite plus assurer ce rôle.**

En conséquence, je souhaite :

- ☐ ne pas désigner une nouvelle personne de confiance.
☐ désigner une nouvelle personne de confiance : *remplir obligatoirement une nouvelle fiche de désignation d'une personne de confiance qui annule et remplace le présent formulaire.*

DATE : / / Signature du patient :