



## DESIGNATION PERSONNE DE CONFIANCE

Code : EN SO-DS 215

Version : 1

Nombre de pages : 3

### Je soussigné(e),

Prénom Nom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Adresse (ville, commune, code postal):

.....  
.....  
.....  
.....

### Désigne

Monsieur / Madame [Prénom Nom] : .....

Résidant [adresse] :

.....  
.....  
.....  
.....

Téléphone : ..... Portable : .....

Adresse e-mail : .....

Lien avec la personne :

- parent
- médecin
- proche
- 

*Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance : jusqu'à ce que j'en décide autrement / uniquement pour la durée de ma prise en charge à la Fondation Léonie CHAPTAL*

J'ai bien noté que la personne de confiance désignée [Prénom Nom] :

.....

- pourra, à ma demande, m'accompagner dans les démarches concernant mes soins et assister aux entretiens médicaux,
- pourra être consulté(e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins qui me sont prodigués et devra recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, aucune intervention importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre,
- ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurai indiquées au médecin ou à l'équipe soignante,
- sera informé(e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord.

Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.

**Fait à [lieu] :**

**Le [date] :**

**Signature**

 <p>Fondation <b>LEONIE CHAPTAL</b> Former et agir ensemble sur le parcours de santé Établissement reconnu d'utilité publique</p>	<b>DESIGNATION PERSONNE DE CONFIANCE</b>	<b>Code : EN SO-DS 215</b> <b>Version : 1</b> <b>Nombre de pages : 3</b>
--	--	--

## Qu'est-ce qu'une "personne de confiance" ?

### La *personne de confiance* peut :

- Vous accompagner dans vos démarches et vous assister lors de vos rendez-vous médicaux,
- Et être consultée par les médecins pour rendre compte de vos volontés si vous n'êtes pas en mesure d'être vous-même consulté.

Dans le cas où votre état de santé ne vous permet plus de donner votre avis ou de faire part de vos décisions, le médecin, l'équipe médicale et soignante consultent en priorité la *personne de confiance*.

Son avis guide le médecin et l'équipe soignante pour prendre des décisions. Ils doivent donc connaître vos volontés et les exprimer lorsqu'ils sont appelés à le faire.

**Attention :** La *personne de confiance* ne doit pas être confondue avec la *personne à prévenir*, qui est alertée par téléphone en cas d'aggravation de votre état de santé

Tout personne de l'entourage (**parent, proche, médecin traitant**) en qui vous avez confiance et qui accepte de jouer ce rôle peut être désignée *personne de confiance*.

Vous pouvez désigner une *personne de confiance* à tout moment.

Cette désignation se fait par écrit, lors de votre admission ou au cours de votre prise en charge, sur le formulaire qui vous est donné à cet effet. À défaut, cette désignation peut s'effectuer sur papier libre.

La désignation peut être annulée ou modifiée à tout moment.

### **Cas particulier**

Si vous êtes sous tutelle, vous pouvez désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Si la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

### **Textes de référence**

- [Code de la santé publique : article L1111-6](#)
- [Code de l'action sociale et des familles : annexe 4-10](#)