



FICHE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e),

NOM marital : NOM jeune fille :

PRENOM(S) :

DATE DE NAISSANCE :/...../..... LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE COMPLETE :

SOUHAITE désigner une personne de confiance pour la durée de mon hospitalisation.

NE SOUHAITE PAS désigner une personne de confiance pour la durée de mon hospitalisation.

Madame Mademoiselle Monsieur

NOM marital : NOM jeune fille :

PRENOM(S) :

DATE DE NAISSANCE :/...../..... LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE COMPLETE :

TELEPHONE(S) (domicile, professionnel, portable) :

E-MAIL :

Cette personne de confiance est :

Un proche Un parent Mon médecin traitant

J'ai bien noté :

- *Que cette personne de confiance pourra être consultée 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 les faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de la joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.*
- *Qu'à ma demande, elle m'accompagnera dans mes démarches et pourra assister aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions.*
- *Que les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin ne seront pas communiquées à cette personne de confiance.*
- *Que je peux révoquer ou changer cette désignation à tout moment et que, dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit le Centre Hospitalier de Dole, en remplissant la fiche prévue à cet effet.*
- *Qu'il me revient d'informer la personne de confiance de cette désignation et de m'assurer de son accord.*

Fait le :

Signature du patient :

Cadre réservé à la Personne de confiance (FACULTATIF)

Je soussigné(e) :

Nom..... Prénom :

Accepte ma désignation en qualité de Personne de confiance du patient ci-dessus identifié.

Fait le :

Signature de la Personne de confiance

FORMULAIRE de REVOCATION d'une PERSONNE de CONFIANCE

Je soussigné(e) :, patient(e) majeur(e)
hospitalisé(e) au CH Louis Pasteur de Dole,

Né(e) le : à :

Domicile :

révoque comme personne de confiance à compter du :
mon ami(e), époux(se), père, médecin etc. (préciser la nature des relations),
.....

Nom - Prénom :

Né(e) le : à :

Domicile :

désigne comme nouvelle personne de confiance durant cette hospitalisation
mon ami(e), époux(se), père, médecin etc. (préciser la nature des relations),
.....

Nom - Prénom :

Né(e) le : à :

Domicile :

**Je l'ai informé(e) de sa désignation comme personne de confiance. Cela vaut
pour toute la durée de l'hospitalisation, sauf si je la révoque ainsi que la loi
m'y autorise à tout moment.**

Date:

Signature du patient hospitalisé

VOUS VOUS POSEZ DES QUESTIONS SUR LA « PERSONNE DE CONFIANCE » ?

La désignation de la « Personne de confiance » résulte des dispositions de la **Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.**

1- Quel est le rôle de la Personne de confiance ?

La désignation d'une personne de confiance peut être très utile :

- Votre état de santé ne vous permettra peut-être pas toujours, pendant la durée de votre hospitalisation, de faire connaître votre avis, ou les décisions que vous voulez prendre pour votre santé, aux personnes qui vous soignent.
- Si vous ne pouvez pas vous exprimer, la Personne de confiance que vous avez désignée sera consultée par l'équipe hospitalière et pourra donner des indications sur vos souhaits.
- Avant toute investigation importante, les précisions recueillies pourront guider les médecins dans leurs choix thérapeutiques.

2- Qui peut désigner une Personne de confiance ?

Par principe, **toute personne majeure** peut désigner une Personne de confiance. Il en va de même pour le majeur sous curatelle ou sous sauvegarde de justice. Par contre, le majeur sous tutelle et la personne mineure n'ont pas la possibilité d'en désigner une. Il convient d'observer une certaine vigilance dès lors qu'une mesure de protection s'applique au patient.

3- Qui peut avoir la qualité de Personne de confiance ?

La loi n'évoque que des critères généraux qui permettent, en pratique, à de très nombreuses personnes de devenir la « Personne de confiance » d'un patient. Il doit s'agir **d'une personne physique connue depuis un certain temps par le patient** pour que la confiance soit présente. Concrètement, il peut s'agir d'un ami, d'un voisin, d'un membre de la famille, du médecin traitant...

Vous avez d'autres questions ? Vous pouvez vous adresser à :

**La Direction des Relations avec les Usagers
Centre Hospitalier Louis Pasteur
Avenue Léon Jouhaux B.P. 79
39108 DOLE CEDEX
Tél. : 03 84 79 66 41**

IMPORTANT !

La désignation d'une personne de confiance :

- ▶ **n'est pas une obligation,**
- ▶ **doit être une décision prise après réflexion et sans précipitation,**
- ▶ **se fait par écrit à l'aide du formulaire ci-contre,**
- ▶ **peut être annulée à tout moment (par écrit),**
- ▶ **peut être remplacée ultérieurement par la désignation d'une autre, personne, à votre demande,**
- ▶ **est valable pour la durée de votre hospitalisation ou pour plus, longtemps, si vous le souhaitez.**