

	CENTRE HOSPITALIER DE BOURG EN BRESSE		Code : ENR ADM 008	
			Rév : 3	Page : 1/4
DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE (Art L. 1111.6 du code de la santé publique)				

Vous venez d'être admis à l'hôpital, le centre hospitalier de Bourg en Bresse vous propose de désigner une personne de confiance.

QUI ?

Cette personne, doit nécessairement être majeure. Elle peut être votre conjoint, un enfant, un parent, un ami, un proche ou votre médecin traitant.

Il est important que cette personne ait bien compris son rôle et donné son accord pour cette mission.

QUEL EST SON ROLE ?

Si vous pouvez exprimer votre volonté, la personne de confiance peut, si vous le souhaitez :

- ✓ vous soutenir et vous aider dans vos décisions pour votre santé,
- ✓ assister aux consultations ou entretiens médicaux,
- ✓ prendre connaissance d'éléments de votre dossier en votre présence.

Si vous ne pouvez plus exprimer votre volonté :

- ✓ elle a une mission de référent, et sera consultée en priorité par l'équipe médicale,
- ✓ elle sera votre porte-parole pour transmettre votre volonté,
- ✓ elle transmettra vos directives anticipées si elles sont rédigées.

Cette personne n'est pas là pour transmettre ses propres souhaits, et n'aura aucune responsabilité concernant vos traitements. Elle a un devoir de confidentialité.

QUAND ?

Vous pouvez désigner la personne de confiance, à tout moment, que vous soyez en bonne santé, malade ou porteur d'un handicap.

Elle peut être désignée lors d'une institutionnalisation, lors d'un changement de l'état de santé, ou de l'annonce d'une maladie grave. Ou lors de la rédaction de vos directives anticipées, car la personne de confiance doit connaître vos souhaits et volontés.

COMMENT LA DESIGNER ?

En remplissant le formulaire ci-joint. Attention, le formulaire doit être co-signé par la personne désignée.

	CENTRE HOSPITALIER DE BOURG EN BRESSE	Code : ENR ADM 008	
		Rév : 3	Page : 2/4
DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE (Art L. 1111.6 du code de la santé publique)			

FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e), *nom, prénoms, date et lieu de naissance* :

.....

nomme la personne de confiance suivante :

Nom, Prénoms :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

- ✓ Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : oui ☐ non ☐
- ✓ Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui ☐ non ☐

Fait à : le :

Signature du patient

Signature de la personne de confiance

☐ En cochant cette case, je désigne cette personne comme personne de confiance pour cette hospitalisation et toutes celles à venir. Je peux révoquer cette personne à tout moment.

Je soussigné(e), *nom, prénom, fonction* :

dans le service, déclare que *Nom, M.*.....

Prénom....., né(e) le est

actuellement dans l'incapacité de désigner une personne de confiance.

Fait à : le :

Signature du soignant

	CENTRE HOSPITALIER DE BOURG EN BRESSE		Code : ENR ADM 008	
			Rév : 3	Page : 3/4
DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE (Art L. 1111.6 du code de la santé publique)				

Vous venez d'être admis à l'hôpital, le centre hospitalier de Bourg en Bresse vous propose de désigner une personne de confiance.

QUI ?

Cette personne, doit nécessairement être majeure. Elle peut être votre conjoint, un enfant, un parent, un ami, un proche ou votre médecin traitant.

Il est important que cette personne ait bien compris son rôle et donné son accord pour cette mission.

QUEL EST SON ROLE ?

Si vous pouvez exprimer votre volonté, la personne de confiance peut, si vous le souhaitez :

- ✓ vous soutenir et vous aider dans vos décisions pour votre santé,
- ✓ assister aux consultations ou entretiens médicaux,
- ✓ prendre connaissance d'éléments de votre dossier en votre présence.

Si vous ne pouvez plus exprimer votre volonté :

- ✓ elle a une mission de référent, et sera consultée en priorité par l'équipe médicale,
- ✓ elle sera votre porte-parole pour transmettre votre volonté,
- ✓ elle transmettra vos directives anticipées si elles sont rédigées.

Cette personne n'est pas là pour transmettre ses propres souhaits, et n'aura aucune responsabilité concernant vos traitements. Elle a un devoir de confidentialité.

QUAND ?

Vous pouvez désigner la personne de confiance, à tout moment, que vous soyez en bonne santé, malade ou porteur d'un handicap.

Elle peut être désignée lors d'une institutionnalisation, lors d'un changement de l'état de santé, ou de l'annonce d'une maladie grave. Ou lors de la rédaction de vos directives anticipées, car la personne de confiance doit connaître vos souhaits et volontés.

COMMENT LA DESIGNER ?

En remplissant le formulaire ci-joint. Attention, le formulaire doit être co-signé par la personne désignée.

	CENTRE HOSPITALIER DE BOURG EN BRESSE	Code : ENR ADM 008	
		Rév : 3	Page : 4/4
DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE (Art L. 1111.6 du code de la santé publique)			

**COMPLEMENT AU FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE
SI JE SUIS DANS L'IMPOSSIBILITE PHYSIQUE D'ECRIRE SEUL(E)**

Deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

Témoin 1 : Je soussigné(e)

NOM et prénoms :

Qualité (lien avec la personne) :

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M.....

- ✓ que M..... lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en possibilité de s'exprimer : oui ☐ non ☐
- ✓ que M..... lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : oui ☐ non ☐

Fait à : le :

Signature du témoin 1

Signature de la personne de confiance

Témoin 2 : Je soussigné(e)

NOM et prénoms :

Qualité (lien avec la personne) :

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M.....

- ✓ que M..... lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en possibilité de s'exprimer : oui ☐ non ☐
- ✓ que M..... lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : oui ☐ non ☐

Fait à : le :

Signature du témoin 2

Signature de la personne de confiance

☐ En cochant cette case, M..... désigne cette personne comme personne de confiance pour cette hospitalisation et toutes celles à venir. Elle peut révoquer cette personne à tout moment.