

## FORMULAIRE DE DÉSIGNATION

Je soussigné(e) (nom-prénom) : .....  
Né(e) le : ..... à : .....  
Résidant à (adresse complète) : .....

Admis(e) dans le service de ou en EHPAD/USLD : .....

**Désigne en qualité de personne de confiance pour :**

- La durée de mon hospitalisation à l'hôpital       La durée de mon hospitalisation et ultérieurement  
 Pour la durée de mon séjour en EHPAD/USLD et mes soins  
 Madame       Monsieur

Nom, prénom : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Résidant à (adresse complète) : .....

Téléphone : .....

**Je peux changer d'avis à tout moment (annuler ma décision ou changer de personne) et dans ce cas, je m'engage à informer l'établissement par écrit.**

**Ne souhaite pas désigner de personne de confiance.**

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner de personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

Fait à ....., le.....  
Signature

## ACCORD DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e) (nom-prénom) : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Résidant à (adresse complète) : .....

Téléphone : .....

**Donne mon accord pour assister, en qualité de personne de confiance :**

- Madame       Monsieur

Nom, prénom : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Admis(e) dans le service de ou en EHPAD/USLD : .....

Fait à ....., le.....  
Signature



# MA PERSONNE DE CONFIANCE



**VOUS ÊTES MAJEUR**, vous pouvez choisir une personne de confiance à tout moment. Choisir une personne de confiance est un droit.

**PAMI SES MISSIONS**, elle pourra vous accompagner dans vos démarches. Si un jour vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté, elle sera consultée en priorité: elle pourra recevoir l'information médicale à votre place et sera votre porte-parole.

**LA PERSONNE** que vous désignez doit donner son accord pour devenir personne de confiance, en signant le formulaire la désignant. En donnant son accord, elle sait qu'elle s'engage vis-à-vis de vous. Vous pouvez la révoquer à tout moment, en désignant une autre personne.

Pour plus d'informations : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) et [www.service-public.fr](http://www.service-public.fr)



## JE DÉSIGNE UNE PERSONNE DE CONFIANCE

### À quoi sert la personne de confiance ?



#### ACCOMPAGNER

Lorsque vous pouvez exprimer votre volonté, elle peut vous accompagner dans votre parcours médical (consultation, hospitalisation, décision...).



#### DIRECTIVES ANTICIPÉES

Elle transmet ou indique où trouver vos directives anticipées si vous ne pouvez plus vous exprimer.

*La mission de votre personne de confiance ne concerne que votre santé.  
Elle n'est pas nécessairement la personne à prévenir s'il vous arrive quelque chose.*



#### MISSION DE RÉFÉRENT

Si vous ne pouvez plus vous exprimer, elle devient l'interlocuteur de référence du personnel médical concernant vos volontés.

### Qui peut prévenir ma personne de confiance ?



#### PARENTS, PROCHES



#### MÉDECIN TRAITANT

#### TOUTE PERSONNE EN QUI VOUS AVEZ CONFIANCE

*Il est possible de changer de personne de confiance.*

*La nouvelle personne de confiance se désigne par écrit ou par oral devant 2 témoins.*

*Il faut alors prévenir l'ancienne personne de confiance et les autres personnes qui détiennent son nom qu'elle n'a plus ce rôle et détruire les documents la concernant.*

### Quels sont les critères pour une personne de confiance ?



#### CONFIDENTIALITÉ

Elle n'a pas le droit de révéler à d'autres personnes les informations médicales qu'elle a pu recevoir ni le contenu de vos directives anticipées.



#### CONFIANCE

Vous pouvez lui faire confiance pour s'exprimer à votre place si vous ne pouvez plus vous exprimer en fin de vie.



#### COMPRÉHENSION

Votre personne de confiance doit comprendre vos volontés afin de les transmettre de façon précise et fidèle.

**Vous pouvez demander que certaines informations ne soient pas communiquées à votre personne de confiance. Il vous suffit d'en informer le médecin.**

## JE SUIS PERSONNE DE CONFIANCE, MES ENGAGEMENTS

### Accompagnement



#### CONSEILLER

La soutenir dans son cheminement personnel et l'aider pour les décisions médicales à prendre.



#### ACCOMPAGNER

L'accompagner aux consultations ou aux entretiens médicaux.



#### S'INFORMER

Prendre connaissance d'éléments de son dossier médical en sa présence sous réserve de confidentialité.

### Directives anticipées



#### CONNAÎTRE ET CONSERVER

Vous devez connaître le contenu des directives de la personne. À sa demande, vous pouvez les conserver avec vous.



#### INFORMER

Sinon, vous devez savoir où elles sont conservées, dans l'éventualité où la personne ne pourrait plus s'exprimer et qu'il faudrait connaître ses volontés.



#### TRANSMETTRE

Si besoin, vous transmettez ses directives anticipées au médecin ou bien vous indiquez où elles sont conservées.

### La personne ne peut plus s'exprimer



Vous êtes consulté(e) en priorité par l'équipe médicale pour tout questionnement sur les traitements de la personne.



Vous faites le lien avec la famille ou les proches.



En cas de procédure collégiale, que vous pouvez initier, vous êtes consulté(e) pour éclairer l'équipe soignante et vous êtes informé(e) de la décision prise.