



ENREGISTREMENT

FICHE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Cette personne de confiance pourra, **si vous le souhaitez**, vous aider dans les démarches à accomplir, assister aux entretiens avec votre médecin, vous informer et vous conseiller.

Sa présence pourra également s'avérer indispensable **si vous ne deviez plus être en mesure de recevoir les informations médicales ni consentir à des actes thérapeutiques**. Elle deviendrait alors un **interlocuteur privilégié** et serait la seule personne consultée par l'équipe médicale qui pourrait adapter au mieux le traitement en fonction des impératifs médicaux et de vos convictions.

Cette désignation est facultative. Elle doit être faite par écrit et figure dans votre dossier.

Cette désignation est révocable à tout moment par écrit. Il suffit d'en avertir le personnel et de désigner le cas échéant une nouvelle personne de confiance

☐ L'état du patient à son admission ne lui permet pas de procéder à la désignation d'une personne de confiance

Date : ____ / ____ / ____ Nom du professionnel : Signature :

IDENTITE DU PATIENT

Nom d'usage : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

**Je soussigné(e) : _____ ci-dessus
identifié(e) admis(e) au sein du Centre Hospitalier Nord Deux-Sèvres en vue d'une hospitalisation, reconnais
avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance**

👉 **décide :**

☐ de ne pas désigner de personne de confiance

☐ de désigner comme personne de confiance, pour toute la durée de mon hospitalisation (ou jusqu'à ce que je la révoque)

Personne de confiance

Qualité de la personne de confiance, légalement capable : ☐ un proche ☐ un parent ☐ mon médecin traitant

Nom d'usage : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ / _____

☐ Accepte cette désignation

Fait à : _____ Le : ____ / ____ / ____

Signature Personne de confiance obligatoire :

Fait à : _____ Le : ____ / ____ / ____

Signature du patient obligatoire :

👉 Révocation de la personne de confiance :

☐ Je souhaite révoquer la personne de confiance citée ci-dessus

Fait à : _____

Le : ____ / ____ / ____

Signature du patient :

Rédaction par :
CLUD

Vérification de la forme (service qualité)
BONNEAU Marina, - Technicienne
qualité
SIGNÉ - 26/05/2025

Validation par les experts métier :
LALU Emilie, Présidente CLUD
SIGNÉ - 26/05/2025
ROUSSEAU Géraldine, Vice
présidente CLUD SIGNÉ -
26/05/2025

Approbation par :
FAILLER Cécile, direction des soins
SIGNÉ - 26/05/2025

Fiche de désignation de la personne de confiance

Directives anticipées :

✍ J'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

Si oui, précisez à qui : ☐ personne de confiance

☐ autres : _____

✍ Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : ☐ oui ☐ non

✍ Souhaitez-vous une information sur les directives anticipées : ☐ oui ☐ non

✍ Souhaitez-vous un formulaire pour rédiger des directives anticipées : ☐ oui ☐ non

Fait à : _____

Le : ____ / ____ / ____

Signature du patient : _____

INFORMATIONS SUR LA PERSONNE DE CONFIANCE ET LA PERSONNE A PREVENIR

La « personne à prévenir » ne doit pas être confondue avec la « personne de confiance ».

PERSONNE(S) A PREVENIR	PERSONNE DE CONFIANCE
QUEL EST SON ROLE ? Cette personne sera contactée par téléphone : • pour s'occuper des questions matérielles survenant au cours de votre séjour hospitalier. Exemple : vêtements personnels, préparation de votre sortie (ou transfert) • en cas de problème ou d'aggravation de votre état de santé (pour prévenir vos proches).	QUEL EST SON ROLE ? Sa mission est définie par vous-même, elle pourra : • Vous accompagner dans vos démarches dans l'établissement de santé, • Assister aux entretiens médicaux, • Vous soutenir en cas de diagnostic ou de pronostic grave, • Etre consultée dans les situations où vous ne pourriez plus exprimer votre volonté.
CE QU'ELLE NE PEUT PAS FAIRE <i>Recevoir les informations couvertes par le secret médical.</i>	CE QU'ELLE NE PEUT PAS FAIRE <i>Accéder au dossier médical sans votre accord</i>
DÉSIGNATION Nécessaire pour tous les patients (majeurs ou mineurs). La désignation se fait lors de l'admission	DÉSIGNATION Cette désignation n'est pas obligatoire, c'est une possibilité qui vous est offerte. La désignation se fait par écrit selon le formulaire ci-contre et est révocable à tout moment.
QUI PEUT ETRE DÉSIGNÉ ? Toute personne de votre choix	QUI PEUT ETRE DÉSIGNÉ ? • Un parent, un proche, votre médecin traitant Cette personne doit être majeure. Il est indispensable que vous informiez cette personne de sa désignation et que vous vous assuriez de son acceptation.

Ces différents rôles peuvent être attribués à la même personne ou à deux personnes différentes.

Code de la santé publique

Article L1111-6

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement. Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée....

Article L1111-12

Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause et hors d'état d'exprimer sa volonté, a désigné une personne de confiance en application de l'article L. 1111-6, l'avis de cette dernière, sauf urgence ou impossibilité, prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées, dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin.

Conserver 1 exemplaire dans le dossier du patient et donner 1 exemplaire à la personne de confiance et au patient