

DESIGNER SA PERSONNE DE CONFIANCE

Loi 2002-303 du 4 mars 2002

(Réservé aux personnes majeures)

Désigner une personne de confiance qui sera consultée au cas où vous-même seriez hors d'état d'exprimer votre volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Si vous le souhaitez, la personne de confiance peut vous accompagner dans vos démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de vous aider dans ses décisions.

Contenu

- Soit sur papier libre en indiquant vos noms, prénoms, date et lieu de naissance
- Indiquer les noms, prénoms, date et lieu de naissance de la personne de confiance que vous désignez
- Soit en utilisant le formulaire ci-après.

Qui désigner ?

Toute personne que vous jugez apte à remplir ce rôle, la loi cite comme exemples « un parent, un proche ou le médecin traitant ».

La loi ne mentionne pas d'obligation pour la personne désignée de donner son accord. Il est évidemment recommandé de s'enquérir de cet accord avant de désigner quelqu'un et éventuellement de demander à cette personne de signer également le document. Bien entendu, il est également recommandé de discuter avec la personne choisie de ce que vous souhaiteriez qu'elle dise aux médecins si vous étiez hors d'état d'exprimer votre volonté.

Durée et validité

Il n'est pas précisé de limite de validité. Le document reste donc valide tant que vous ne le révoquez pas.

Conservation

La loi ne précise rien sur la conservation du document. Nous vous conseillons de conserver un exemplaire et d'en confier un à votre personne de confiance et un à votre médecin traitant.



②

FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Loi du 4.04.2002 relative aux droits du malade - Article L.1111-6 du code de la santé publique

Je soussigné(e) nom, prénom :

Né(e) le : A :

Adresse de mon domicile :

Désigne comme personne de confiance

Préciser la nature des relations (exemple : mon mari, ami, épouse, père, médecin etc...):

Nom - Prénom :

Né(e) le : A :

Téléphone : Portable :

Adresse de son domicile :

Signature de la personne de confiance :

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.

Est-ce que la personne de confiance est la personne à prévenir : Oui Non

Si non : Nom – Prénom : Téléphone :

→ 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

Si non un exemplaire de mes directives anticipées a été remis : au médecin / au service (rayer la mention inutile)

Date : A

Signature :

Déclare avoir reçu l'information relative à la désignation d'une personne de confiance et ne souhaite pas en désigner une.

Signature :

www.clinique-causse.com

SA Clinique Causse – Traverse de Béziers – 34440 Colombiers
Tél : 04 67 35 63 21 – e-mail : contact@clinique-causse.com

PEC-DOS-DI-02
V02-17/11/22