	<b>ENREGISTREMENT</b>	<b>DRO-EN-002</b>	
	<b>Formulaire de désignation d'une personne de confiance</b>	Version	5
		Application	28/04/2022
		Révision prévue	04/2025

La loi donne le droit à toute personne majeure prise en charge dans un établissement ou un service social ou médico-social de désigner une personne de confiance qui, si elle le souhaite, l'accompagnera dans ses démarches afin de l'aider dans ses décisions. La désignation est valable sans limitation de durée et est révocable ou modifiable à tout moment.

Ce document est toujours scanné dans le Dossier Patient Informatisé.

**LA PERSONNE DE CONFIANCE**

Il est important d'échanger avec la personne que vous souhaitez désigner avant de remplir le formulaire de désignation et de lui faire part de vos souhaits par rapport à sa future mission.

**La personne de confiance peut...**

→ **Vous soutenir** : dans votre cheminement personnel et vous aider dans vos décisions concernant votre santé.

→ **Assister aux consultations ou aux entretiens médicaux** : elle vous assiste mais ne vous remplace pas.

→ **Prendre connaissance d'éléments de votre dossier médical en votre présence** : elle n'aura pas accès à l'information en dehors de votre présence et ne devra pas divulguer des informations sans votre accord.


**Si vous ne pouvez plus exprimer votre volonté, elle a une mission de référent auprès de l'équipe médicale :**

→ C'est la **personne consultée en priorité par l'équipe médicale** lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements et recevra les informations nécessaires pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité.

→ En l'absence de directives anticipées, **le médecin a l'obligation de consulter votre personne de confiance** dans le cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté afin de connaître vos souhaits relatifs à la fin de vie. À défaut de personne de confiance, un membre de votre famille ou un proche serait consulté.

→ Elle sera votre **porte-parole pour refléter de façon précise et fidèle vos souhaits et votre volonté**. Elle n'exprime pas ses propres souhaits mais rapporte les vôtres. Son témoignage l'emportera sur tout autre témoignage (membres de la famille, proches...).

→ **Si vous avez rédigé vos directives anticipées**, elle les transmettra au médecin qui vous suit si vous les lui avez confiées ou bien elle indiquera où vous les avez rangées ou qui les détient.

	<b>ENREGISTREMENT</b>	<b>DRO-EN-002</b>	
	<b>Formulaire de désignation d'une personne de confiance</b>	Version	5
		Application	28/04/2022
		Révision prévue	04/2025

**FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE**


Après avoir pris connaissance des éléments d'information de ce présent formulaire :

**JE DESIGNE** la personne de confiance ci-dessous (en application de l'article L. 311-5-1 du Code de l'Action sociale et des familles)

Le patient / résident	La personne de confiance
<p><b>Je soussigné(e)</b>            Nom: .....            Prénom: .....            Nom de jeune fille.....            Né(e) le: ...../...../.....</p> <p>Admis à l'HGIAP le ...../...../.....            Dans le service : .....</p> <p><b>Désigne comme personne de confiance</b>  <input type="checkbox"/> un parent   <input type="checkbox"/> un proche   <input type="checkbox"/> mon médecin traitant            Nom: .....            Prénom: .....</p> <p>Cet engagement réciproque est valable :  <input type="checkbox"/> Pour cette hospitalisation  <input type="checkbox"/> Pour cette hospitalisation et les suivantes (au sein de l'HGIAP)</p> <p>Fait, le...../...../.....            A : .....</p> <p><b>Signature obligatoire :</b></p>	<p><b>Je soussigné(e)</b>            Nom: .....            Prénom: .....            Nom de jeune fille.....            Né(e) le: ...../...../.....</p> <p><b>Accepte d'être désigné(e) personne de confiance et m'engage à respecter le secret médical</b>            Nom: .....            Prénom: .....            Je m'engage à l'assister, à sa demande, dans son parcours médical, à représenter ses volontés, notamment au cas où il en serait empêché.</p> <p><b>Je certifie avoir pris connaissance des buts de ma mission et de mon rôle et les avoir acceptés.</b></p> <p>Fait, le...../...../.....            A : .....</p> <p><b>Signature obligatoire :</b></p>

**JE NE SOUHAITE PAS DESIGNER de personne de confiance** et désire rester l'unique interlocuteur de l'équipe médicale et paramédicale. Cette dernière s'en remet à ma famille, le cas échéant à mes proches, si ma situation m'empêchait d'exprimer ma volonté.

Mon nom et prénom : .....  
 Fait le ...../...../.....  
 Signature :

	<b>ENREGISTREMENT</b>	<b>DRO-EN-002</b>	
	<b>Formulaire de désignation d'une personne de confiance</b>	Version	5
		Application	28/04/2022
		Révision prévue	04/2025

**CAS PARTICULIERS : IMPOSSIBILITE PHYSIQUE D'ECRIRE**

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance, 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.

**Témoïn 1**

Je soussigné (e)  
 Nom et prénom : .....  
 Qualité : .....

Atteste que la désignation suscitée, en application de l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles, est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

M. ou Mme .....

Fait le : ..... à : .....

**Signature :**

**Témoïn 2**

Je soussigné (e)  
 Nom et prénom : .....  
 Qualité : .....

Atteste que la désignation suscitée, en application de l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles, est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

M. ou Mme .....

Fait le : ..... à : .....

**Signature :**

**CAS PARTICULIERS : INCAPACITE DE DESIGNATION**

**Le patient / résident est dans l'incapacité de désigner une personne de confiance.**

**Evaluation validation médicale nécessaire :**

Cachet du médecin et signature

Fait le : ..... à : .....

**MODIFICATION OU ANNULATION DE LA DESIGNATION DE MA PERSONNE DE CONFIANCE**

**Modification**


Si vous souhaitez modifier la présente désignation, vous pouvez en rédiger de nouvelles et demander à votre médecin, à l'hôpital ou à l'établissement médicosocial qui les a conservées de supprimer ou détruire les précédentes. Si elles ont été enregistrées sur votre dossier médical partagé, vous pouvez en enregistrer de nouvelles.

**Annulation / désengagement**

Je déclare mettre fin à la désignation d'une personne de confiance datées du :  
 .....

Fait le : ..... à : .....

**Signature :**

	<b>ENREGISTREMENT</b>	<b>DRO-EN-002</b>	
	<b>Formulaire de désignation d'une personne de confiance</b>	Version	5
		Application	28/04/2022
		Révision prévue	04/2025

Modifications apportées			
<i>Version</i>	<i>Création</i>	<i>Modification</i>	<i>Nature des modifications</i>
1	12/12/2008	12/12/2008	Création du document d'enregistrement
2	15/03/2016	01/04/2016	Adaptation au contexte législatif
3	17/07/2018	23/07/2018	Adaptation au contexte législatif suite au décret n°2016-1067 du 3 août 2016
4		16/06/2021	Ajout mention incapacité à désigner (= validation médicale) + insertion mention « ne souhaite pas désigner » + mention sur le scan dans le DPI (obligatoire)
5		28/04/2022	Mise en forme réadapté pour faciliter son remplissage

	<i>Rédacteur :</i>	<i>Valideur :</i>		<i>Approbateur :</i>
<i>Nom :</i>	Joana CARDEIRA	Christian BATCHY	Sandrine GUIVARCH	Florine HERBILLON
<i>Fonction :</i>	Assistante qualité	Directeur médical	Cadre de santé	Responsable qualité
<i>Date :</i>	28/04/2022	28/04/2022	28/04/2022	28/04/2022