

  	Date de la création	Date d'actualisation	Codification	Page
	15/10/2020		PEC ACC GHT ENR 8/E	1/1

FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Dispositif prévu par la loi 2005-370 du 22 avril 2005 dite « Loi Léonetti »
Révisé par la loi 2016-87 du 2 février 2016 dite « Claeys Léonetti »

Qui est-ce ?

C'est **une personne majeure**, suffisamment **proche de moi pour connaître mes convictions**, à qui **je fais confiance** (un membre de ma famille, un ami, un voisin, mon médecin traitant), et qui ...

- pourra **m'accompagner** si je le souhaite **dans mes démarches, à l'hôpital**, et pourra **assister aux entretiens médicaux**, ceci afin de **m'aider dans mes décisions**.
- **témoignera de mes volontés** et **parlera en mon nom si je ne peux plus m'exprimer** : elle sera consultée en premier si je n'ai pas rédigé mes directives anticipées ou si mes directives se trouvent difficilement accessibles au moment où mon médecin aurait besoin de les consulter. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.
- **ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles** et que j'aurais indiquées au médecin.
- **sera informé(e) par mes soins de cette désignation** et qui **devra donner son accord**.

Je dois la désigner par écrit, et renouveler cette désignation lors de chacune de mes hospitalisations. Même en cours d'hospitalisation, je peux annuler mon choix et nommer quelqu'un d'autre.

Pour la durée de mon hospitalisation au Centre Hospitalier de Coutances, Saint Lô et/ou Carentan, je soussigné(e),

Nom : Prénom :

Date de naissance :

JE SOUHAITE désigner une personne de confiance et désigne :

JE NE SOUHAITE PAS désigner de personne de confiance pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance.

Mr, Mme Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : E-mail :

Lien avec le patient :

Fait à : Le :

Signature de la personne de confiance :

Signature du patient :

PARTIE RESERVEE AU SERVICE :

- N'est pas en capacité de désigner une personne de confiance
- Ne souhaite pas compléter ce formulaire

Nom / Prénom : Fonction :

Date : Signature :

CAS PARTICULIERS : à remplir par un tiers ou l'équipe soignante

En cas de mesure de tutelle :

Autorisation du juge ou du conseil de famille à désigner cette personne de confiance : Oui Non

Signature du déclarant :