



## LA PERSONNE DE CONFIANCE

---

### Comment la choisir ?

Il s'agit d'une personne majeure suffisamment proche de vous pour connaître vos souhaits, à qui vous faites confiance et de préférence avec laquelle vous avez parlé de vos choix en matière de santé. Cela peut-être un membre de votre famille, un ami, un voisin, votre médecin traitant. Elle ne remplace pas la ou les personne(s) à prévenir en cas de besoin.

Il est important que la personne nommée soit informée de cette démarche et qu'elle signe le document qui la désigne.

---

### Quel est son rôle ?

Cette personne peut vous aider dans les démarches à accomplir, assister à vos entretiens afin de vous aider à choisir les meilleures thérapeutiques à adapter à votre état de santé.

Sa présence peut être indispensable si vous n'êtes pas en mesure de recevoir les informations médicales et de consentir à des actes thérapeutiques.

Dans ce cas, elle s'exprime en votre nom, mais toujours selon vos instructions. A noter qu'elle n'a pas accès à votre dossier médical sans votre présence. Elle devient l'interlocuteur privilégié de l'équipe médicale et sera consultée en priorité par celle-ci pour adapter au mieux le traitement en fonction de vos souhaits et des impératifs médicaux.

En cas de conflit avec vos proches, l'avis de la personne de confiance l'emportera sauf décision du juge.

---

## Comment se fait la désignation ?

Elle est facultative, se fait par écrit et est saisie dans votre dossier médical.

---

## Pour quelle durée ?

Cette désignation est valable pour la durée de votre hospitalisation (ou de vos hospitalisations successives) au Centre Eugène Marquis.

Cette désignation est modifiable et révoquée à tout moment, en le signalant par écrit au personnel du bureau des entrées ou dans les unités de soins.

Les mineurs et les personnes sous tutelle ne sont pas concernés par la désignation de la personne de confiance.



Etiquette  
Patient

**Formulaire de désignation d'une personne de confiance,  
à compléter et à remettre au personnel soignant  
lors de votre hospitalisation**

Je soussigné(e)

Mme, Mlle, M. (*nom, prénom*) : .....

Né(e) le : ..... / ..... / .....

Demeurant : .....

Téléphone : .....

**Déclare :**

**avoir reçu l'information concernant la désignation d'une personne de confiance et souhaite désigner :**

Mme, Mlle, M. : .....

Demeurant : .....

Téléphone : .....

**souhaiter conserver la même personne de confiance au cours de mes hospitalisations successives.**

**avoir reçu l'information concernant la désignation d'une personne de confiance et ne pas souhaiter en désigner une.**

pour m'assister, être consulté(e) pendant la durée de mon hospitalisation conformément aux informations figurant dans la notice explicative sur la personne de confiance.

Fait le : ..... Signature :

Je soussigné(e)

Mme, Mlle, M. (*nom, prénom*) : .....

atteste avoir été informée de la désignation et du rôle de la personne de confiance et en accepte la responsabilité (adresse et coordonnées ci-dessus)

Fait le : ..... Signature :