



Hôpital privé  
de la Miotte

## DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE



DOC ADM 16 5

Conformément à l'article L.1111-6 du Code de la Santé Publique, 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. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

Nom : ..... Nom de naissance : .....

Prénom(s) : .....

Né(e) le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : .....

Je reconnais avoir été informé de la possibilité de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour.

**Je nomme avec son consentement la personne de confiance suivante :**

Monsieur  Madame

Nom : _____	Téléphone professionnel : _____
Nom de naissance : _____	E-mail : _____
Prénom(s) : _____	Adresse : _____
Téléphone domicile : _____	_____
Téléphone portable : _____	_____

Cette personne de confiance est :  Un proche  Un parent  Mon médecin traitant

→ 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

**Je ne désigne pas de personne de confiance**

Toutefois, si je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, il m'est possible de le faire ultérieurement. Dans cette hypothèse, je m'engage à informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de désignation.

Fait à : \_\_\_\_\_

Le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature du patient

Signature de la personne de confiance