

FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

A REMETTRE COMPLETE, DATE ET SIGNE LE JOUR DE L'ENTREE

En application de l'article L1111-6 du code de l'action sociale et des familles, il vous est proposé de désigner une personne de confiance pour la durée de votre accompagnement. Pour cela, vous devez compléter cette fiche après avoir pris connaissance de la notice d'information figurant au Livret d'accueil.

Je soussigné(e) Nom : Prénom :

Né(e) le à

Entrée le/...../..... médecine SSR

1^{er} cas : Bénéficiaire souhaitant désigner une personne de confiance

Je souhaite désigner comme **personne de confiance en cas d'hospitalisation et d'accompagnement en fin de vie** en application de l'article L.1111-6 du code de la santé publique :

Monsieur

Madame

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone fixe : portable :

E-mail :

- Je lui ai fait part de mes directives anticipées, telles que définies à l'article L.1111-11 du code de la santé publique, si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :

Oui Non (cocher la mention utile)

- Cette personne de confiance possède un exemplaire de mes directives anticipées :

Oui Non (cocher la mention utile)

Cette personne de confiance, **légalement capable** est :

- Un parent, *préciser le lien de parenté* :
- Un proche, *préciser le lien* :
- Mon médecin traitant : Dr

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon séjour.

Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à informer par écrit le service /l'établissement à l'aide de la fiche de révocation de la personne de confiance qui m'a été remise.

Fait à le/...../.....

Signature du bénéficiaire :

Signature de la personne de confiance :

☞ Cas particulier : pour les bénéficiaires dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e)

Si vous êtes dans ce cas, deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance au recto est bien l'expression de votre volonté :

Témoïn 1 :

Je soussigné(e), Nom et prénom

.....

Qualité (*lien avec la personne*)

.....

Atteste que la désignation de :

Nom et prénom

.....

Comme personne de confiance en application de l'article L.1111-6 du code de santé publique est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de : (*Nom et prénom*)

.....

Fait à.....le/...../.....

Signature du témoin :

Co-signature de la personne de confiance :

Témoïn 2 :

Je soussigné(e), Nom et prénom

.....

Qualité (*lien avec la personne*)

.....

Atteste que la désignation de :

Nom et prénom

.....

Comme personne de confiance en application de l'article L.1111-6 du code de santé publique est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de : (*Nom et prénom*)

.....

Fait à.....le/...../.....

Signature du témoin :

Co-signature de la personne de confiance :

Cas particulier : pour les bénéficiaires sous tutelle

En application de la loi n°2016-87 du 2 février 2016, les bénéficiaires sous tutelle peuvent désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille s'il a été constitué.

Autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille : Oui Non

2ème cas : Bénéficiaire ne souhaitant pas désigner une personne de confiance

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation.

Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit le service.

Fait à le/...../.....

Signature du bénéficiaire :

3ème cas : Bénéficiaire non en mesure de désigner une personne de confiance (état clinique incompatible)

Fait à le/...../.....

Signature du médecin traitant :