

PERSONNE DE CONFIANCE

Vous venez d'être admis au Groupe Hospitalier Sélestat-Obernai :

Selon l'article 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.

Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues au présent article. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement.

Dans le cadre du suivi de son patient, le médecin traitant s'assure que celui-ci est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance et, le cas échéant, l'invite à procéder à une telle désignation.

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 ».

Cette désignation est facultative et n'est valable que pour l'hospitalisation actuelle.

Elle est révocable à tout moment. Ces indications figureront dans votre dossier.

~~~~~

➤ **JE SOUSSIGNE(E) :** ..... Né(e) le : ...../...../.....

**DESIGNE COMME PERSONNE DE CONFIANCE**, (conformément à l'article L.1111-6 du Code de la Santé Publique), la personne nommée ci-après. Elle sera chargée de veiller au respect de mes volontés et de mes droits.

Nom, prénom : .....

Lien de parenté (facultatif) : Néant / Conjoint(e) / Enfant / Autre à préciser : .....

Adresse : ..... Tél : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Téléphone(s) : .....

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à .....

**Date :** ..... **Signature :**

➤ **ACCORD DE LA PERSONNE DE CONFIANCE :** (écrire en toutes lettres « Accepte le mandat qui m'est confié »)

Nom, prénom : .....

**Date :** ..... **Signature :**

**NE SOUHAITE PAS NOMMER DE PERSONNE DE CONFIANCE**

**L'ETAT DE SANTE DU PATIENT NE LUI PERMET PAS DE DESIGNER DE PERSONNE DE CONFIANCE**