

## Révocation de la personne de confiance

(article L.1111-6 du code de la santé publique)

N° du dossier (étiquette du patient)

Je, soussigné,

Nom.....

Prénoms.....

Adresse .....

.....

**révoque** comme personne de confiance :

Nom.....

Prénoms.....

Adresse .....

.....

à compter du .....

**désigne** comme nouvelle personne de confiance

Nom.....

Prénoms.....

Adresse .....

.....

Téléphone .....

qui est (\*) un proche / un parent / mon médecin

(\*) rayer les mentions inutiles

Je l'ai informé de sa désignation en qualité de  
personne de confiance.

Cette désignation vaut pour toute la durée de  
l'hospitalisation mais je peux la révoquer à tout  
moment.

Date.....Signature

## Code de la Santé Publique

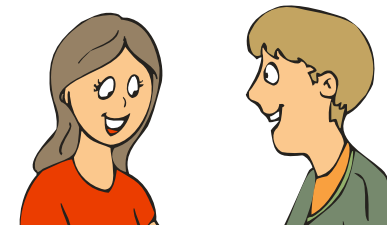
### Article L.1111-6

*"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. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révoquée à tout moment. Si le malade 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 malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.*

*Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci".*

## La personne de confiance



**Madame, Monsieur,**

**La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a prévu que toute personne hospitalisée peut désigner une personne de confiance qui l'accompagne lors de son hospitalisation.**

**Ce dépliant vous apporte les informations utiles si vous souhaitez faire cette démarche.**

**Vous pourrez obtenir toute information complémentaire auprès du cadre de santé du service ou de la direction des usagers (tél : 02 40 90 60 11).**

# La personne de confiance

## Qui peut la désigner ?

Toute personne majeure ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle peut désigner une personne de confiance.

Cette désignation est une possibilité qui vous est offerte. En aucun cas, elle n'est obligatoire.

## Quel est son rôle ?

Avec votre accord, la personne de confiance peut :

- vous accompagner dans vos démarches dans l'établissement de santé,
- assister aux entretiens médicaux,
- recevoir les mêmes informations que votre famille et votre entourage,
- vous soutenir en cas de diagnostic ou de pronostic grave,
- être consultée dans les situations où vous ne pourriez plus exprimer votre volonté.

## Qui peut être désigné ?

- Un parent,
- Un proche,
- Un médecin traitant.

La personne de confiance doit être majeure.

## Comment est-elle désignée ?

La désignation de la personne de confiance **se fait obligatoirement par écrit.**

Elle doit être renouvelée lors de chaque hospitalisation et est révoquable par écrit à tout moment.

Il est indispensable que vous l'informiez de sa désignation et vous assuriez de son acceptation.

(Document à détacher et à mettre dans le dossier)



## Désignation de la personne de confiance

(article L.1111-6 du code de la santé publique)

N° du dossier (étiquette du patient)

Je, soussigné,

Nom .....

Prénoms .....

Adresse .....

.....

Téléphone .....

désigne comme personne de confiance

Nom .....

Prénoms .....

Adresse .....

.....

Téléphone .....

qui est (\*) un proche / un parent / mon médecin

(\*) rayer les mentions inutiles

Je l'ai informé de sa désignation en qualité de personne de confiance.

Cette désignation vaut pour toute la durée de l'hospitalisation mais je peux la révoquer à tout moment (voir formulaire au verso).

Date.....Signature