



## Désignation de la personne de confiance

Vous venez d'être admis à Soins et Santé.

Dès votre admission, vous avez la possibilité de désigner une « *personne de confiance* ».

- Il s'agit d'une personne majeure, suffisamment proche de vous pour connaître vos convictions, et à qui vous faites confiance (un membre de votre famille, un ami, un voisin, votre médecin traitant).
- La personne de confiance pourra, si vous le souhaitez, vous aider dans les démarches à accomplir et assister à vos entretiens afin de vous conseiller dans les meilleurs choix thérapeutiques à adopter.
- Son avis pourra être sollicité si vous n'êtes plus en mesure de recevoir les informations médicales, ni de consentir à des actes thérapeutiques. Elle deviendrait alors un interlocuteur privilégié, consulté par l'équipe médicale qui pourrait adapter au mieux les soins en fonction des impératifs médicaux et de vos convictions.
- **Cette désignation est facultative**, elle doit être faite par écrit et figure dans votre dossier médical. Elle dure le temps de votre hospitalisation. Néanmoins, elle est révoquée à tout moment par écrit : il vous suffit d'en avvertir l'assistante sociale et de désigner, le cas échéant, une nouvelle personne de confiance.

Parallèlement, vous pouvez aussi désigner une ou plusieurs autres personnes à prévenir en cas de besoin.



**FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE**  
(Art. L.1111-6 du Code de la Santé Publique)

Je soussigné(e), (Nom, Prénom).....  
demeurant : .....

déclare avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et ne pas souhaiter en désigner une.

déclare avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et souhaite désigner :

Mr, Mme, Mlle (Nom Prénom) .....  
demeurant : .....  
Tél. : .....

Lien avec le patient (Parent, Proche, Médecin traitant)

.....  
pour m'assister en cas de besoin, en qualité de personne de confiance, pendant la durée de mon hospitalisation à l'HAD de Lyon.

J'ai bien noté que M., Mme, Melle .....

- pourra être consulté(e) par l'équipe médicale au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté, concernant les soins, ou de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Ainsi, et sauf cas d'urgence ou d'impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.
- m'accompagnera, à ma demande, dans mes démarches auprès de la structure hospitalière, et pourra assister aux entretiens, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- recevra, en cas de diagnostic ou pronostic grave, les informations nécessaires destinées à lui permettre de m'apporter un soutien direct.

J'ai bien noté :

- que, si j'en fais la demande expresse à l'équipe médicale, les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin ne seront pas communiquées à la personne de confiance.
- qu'il me revient de l'informer de cette désignation.
- que je pourrais mettre fin à cette désignation à tout moment et qu'il suffirait de retourner ce document, à l'assistante sociale de l'HAD - Soins et Santé, rayé, signé, daté et portant la mention « annulé ».
- que ce document sera établi en trois exemplaires, un pour l'HAD - Soins et Santé, un pour la personne désignée, et un exemplaire pour moi.

Fait à  
Le  
Signature

**Cadre réservé à Soins et Santé :**

- A ce jour, le patient n'est pas juridiquement en état de désigner une personne de confiance (patient sous tutelle).
- A ce jour, le patient n'est pas physiquement en état de désigner une personne de confiance.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature



**FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE**  
(Art. L.1111-6 du Code de la Santé Publique)

Je soussigné(e), (Nom, Prénom).....  
.....  
demeurant :.....  
.....

déclare avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et ne pas souhaiter en désigner une.

déclare avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et souhaite désigner :

Mr, Mme, Mlle (Nom Prénom) .....  
.....  
demeurant : ..... Tél. : .....

Lien avec le patient (Parent, Proche, Médecin traitant)

.....  
.....  
pour m'assister en cas de besoin, en qualité de personne de confiance, pendant la durée de mon hospitalisation à l'HAD de Lyon.

J'ai bien noté que M., Mme, Melle .....

- pourra être consulté(e) par l'équipe médicale au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté, concernant les soins, ou de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Ainsi, et sauf cas d'urgence ou d'impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.
- m'accompagnera, à ma demande, dans mes démarches auprès de la structure hospitalière, et pourra assister aux entretiens, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- recevra, en cas de diagnostic ou pronostic grave, les informations nécessaires destinées à lui permettre de m'apporter un soutien direct.

J'ai bien noté :

- que, si j'en fais la demande expresse à l'équipe médicale, les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin ne seront pas communiquées à la personne de confiance.
- qu'il me revient de l'informer de cette désignation.
- que je pourrais mettre fin à cette désignation à tout moment et qu'il suffirait de retourner ce document, à l'assistante sociale de l'HAD - Soins et Santé, rayé, signé, daté et portant la mention « annulé ».
- que ce document sera établi en trois exemplaires, un pour l'HAD - Soins et Santé, un pour la personne désignée, et un exemplaire pour moi.

Fait à  
Le  
Signature

**Cadre réservé à Soins et Santé :**

- A ce jour, le patient n'est pas juridiquement en état de désigner une personne de confiance (patient sous tutelle).
- A ce jour, le patient n'est pas physiquement en état de désigner une personne de confiance.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature



**FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE**  
(Art. L.1111-6 du Code de la Santé Publique)

Je soussigné(e), (Nom, Prénom).....  
.....  
demeurant :.....  
.....

déclare avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et ne pas souhaiter en désigner une.

déclare avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et souhaite désigner :

Mr, Mme, Mlle (Nom Prénom) .....  
.....  
demeurant : .....  
..... Tél. : .....

Lien avec le patient (Parent, Proche, Médecin traitant)

.....  
.....  
pour m'assister en cas de besoin, en qualité de personne de confiance, pendant la durée de mon hospitalisation à l'HAD de Lyon.

J'ai bien noté que M., Mme, Melle .....

- pourra être consulté(e) par l'équipe médicale au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté, concernant les soins, ou de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Ainsi, et sauf cas d'urgence ou d'impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.
- m'accompagnera, à ma demande, dans mes démarches auprès de la structure hospitalière, et pourra assister aux entretiens, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- recevra, en cas de diagnostic ou pronostic grave, les informations nécessaires destinées à lui permettre de m'apporter un soutien direct.

J'ai bien noté :

- que, si j'en fais la demande expresse à l'équipe médicale, les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin ne seront pas communiquées à la personne de confiance.
- qu'il me revient de l'informer de cette désignation.
- que je pourrais mettre fin à cette désignation à tout moment et qu'il suffirait de retourner ce document, à l'assistante sociale de l'HAD - Soins et Santé, rayé, signé, daté et portant la mention « annulé ».
- que ce document sera établi en trois exemplaires, un pour l'HAD - Soins et Santé, un pour la personne désignée, et un exemplaire pour moi.

Fait à  
Le  
Signature

**Cadre réservé à Soins et Santé :**

- A ce jour, le patient n'est pas juridiquement en état de désigner une personne de confiance (patient sous tutelle).
- A ce jour, le patient n'est pas physiquement en état de désigner une personne de confiance.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature