Information sur la désignation de la personne de confiance.

En vertu de l'article L 1111-6 (lois n° 2002-303 du 4 mars 2002 et n° 2005-370 du 22 avril 2005), 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 sa fin de vie. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment ».

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

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.

En vertu des textes suivants :
- Loi du 4 mars 2002 : code de la santé publique : Articles L1111-4, L1111-11, L1111-13, R1111-17 à R1111-20, R1112-2 et R4127-37.
- Loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. (Loi LEONETTI)
- Loi du 9 juin 1999 relative à l'accompagnement en fin de vie,

Le résident peut également exprimer des Directives Anticipées. (Voir annexe 10).

Vous pouvez trouver des informations officielles sur la personne de confiance sur le site officiel « Service Public » :

http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F32748.xhtml

Désignation de la personne de confiance.

Je soussigné, Mme/Mr :

❑ Je désigne la personne de confiance ci-dessous.

❑ Je n'ai aucune personne de confiance à désigner.

_____

NOM : **Nom de jeune fille :**

Prénom :

Date et lieu de naissance :
Admis(e) au sein de l'établissement le :

Je souhaite désigner une personne de confiance.

Je désigne comme personne de confiance :

NOM : Prénom :
Date et lieu de naissance :
Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable:
Courriel :

Cette personne de confiance est (rayer les mentions inutiles):

- Un membre de ma famille (préciser le lien de parenté) :
- représentant légal (préciser) :
- Mon médecin traitant :
- Un ami, un proche sans lien de parenté :

Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches assiste aux entretiens médicaux et m'aide dans mes décisions.

Cette décision vaut pour toute la durée de mon séjour.

Je peux révoquer cette décision à tout moment en informant l'établissement par écrit.

Fait à : le ……/……./…….. Signature :

Je soussigné(e) NOM : Prénom :

accepte d'être la personne de confiance de

NOM : Prénom :

et de l'accompagner dans les décisions médicales le (la) concernant.

Fait à : , le ……/……./……..

Signature :