

PERSONNE DE CONFIANCE

Article L. 1111-6 du Code de Santé Publique, issu de la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins :

« 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 révoquable 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. »

Les médecins coordonnateurs de Santé Relais Domicile se tiennent à votre disposition pour répondre à toutes vos questions sur la personne de confiance.

Je soussigné(e), Nom :

Prénom :Né(e) le :

Demeurant :

Ne souhaite pas désigner une personne de confiance

Souhaite désigner pour la durée de la prise en charge en HAD par Santé Relais Domicile :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : Portable :

Email :@.....

comme personne de confiance.

Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : **Oui** **Non**

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : **Oui** **Non**

Date : / /

Signature de la personne de confiance :

Signature du patient :

Formulaire à retourner par courrier à « Santé Relais Domicile 25 rue Paule Raymond 31200 Toulouse » ou à confier à un soignant.