

 	ENREGISTREMENT	Index : ENG DIP 01 Date : 09/01/2020 Version : 04 Page : 1/1
	DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE	



DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Article L1111-6 du Code de la Santé Publique
Modifié par la LOI n°2016-87 du 2/02/2016 - Version en vigueur au 04/01/2017

« Toute **personne majeure** peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et 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 révoquée à tout moment. 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. »
*(*désigné par le juge).*

Si vous avez des difficultés pour écrire, vous pouvez demander à deux personnes d'attester par écrit que cette désignation est bien votre volonté.

Je soussigné(e)
.....

Né(e) le / / à

Désigne la personne de confiance suivante après m'être assuré(e) de son accord :

En cas mesure de Tutelle , copie de l'autorisation du juge / conseil de famille communiquée : oui

M
.....

Téléphone : N° privé : N° portable :

N° professionnel : @mail :

Adresse :

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

Refus de désigner une personne de confiance **Incapacité**

Fait à le / /

Signature du patient ou des 2 témoins: **Signature de la personne de confiance :**