CHU DE REIMS

Formulaire de désignation de la personne de confiance

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

Quelles sont les missions de la personne de confiance ?

> Vous accompagnez **uniquement** dans vos démarches liées à votre santé **en toute confidentialité.**
> Si un jour vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté, vos souhaits et convictions, elle sera consultée en priorité pour les exprimer.
> Elle pourra recevoir l'information médicale à votre place et sera votre porte-parole.
> À remplir lors de votre première venue ou en cas de modification de votre personne de confiance.

Date

|_|_|_|_|2|0|_|_|

Le patient hospitalisé (ou étiquette)

Je soussigné(e), (Prénom, Nom) .....

Né(e) le : |_|_|_|_|_|_|_|_|

❒ Je souhaite désigner une personne de confiance

Monsieur / Madame*, (Prénom, Nom) .....

Né(e) le : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse complète : .....

Téléphone : .....

Adresse mail : .....

Lien avec la personne désignée : parent / médecin / proche*
Si vous sélectionnez « parent » ou « proche », veuillez préciser le lien : .....

Je l'ai informée de sa désignation comme personne de confiance. Cette désignation est valable pour l'ensemble des hospitalisations, sauf si révocation de l'une des deux parties, ainsi que la loi l'y autorise à tout moment.

▶ **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

▶ **J'ai remis un exemplaire à ma personne de confiance :** ❒ Oui ❒ Non

Fait à ..... le |_|_|_|_|2|0|_|_|

Signature du patient
(obligatoire)

Signature de la personne de confiance
(obligatoire)

*Rayer la mention inutile

❒ Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance

Fait à ..... Signature du patient

❒ Le patient n'est pas en capacité de désigner une personne de confiance

Motif ..... Signature du soignant

PHOTOCOPIE DU CHU DE REIMS - 200942 C - 10/2026