



## LA PERSONNE DE CONFIANCE

La Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades vous autorise à désigner une personne de confiance.

Cette personne est librement choisie par vous-même, elle peut-être un parent, un proche, un ami, éventuellement votre médecin traitant.

Elle pourra, selon votre souhait vous accompagner pour vos démarches médicales et assister aux entretiens médicaux

Avant toute intervention ou investigation importante, les précisions ainsi recueillies pourront guider les médecins dans leurs choix thérapeutiques.

La personne de confiance pourra être consultée par le médecin responsable des soins si l'évolution de votre état de santé ne vous permet pas d'exprimer vous-même votre volonté et de recevoir l'information.

### Comment désigner la personne de confiance ?

Vous devez le faire par écrit ;

Cette désignation est valable pour une durée de trois ans.

Vous pourrez à tout moment révoquer ce choix. Nous vous invitons à informer la personne de votre choix de votre désignation

### Personne de confiance et personne à prévenir

Vous pouvez indiquer la personne à prévenir en cas de besoin. Cette personne est distincte de la personne de confiance. La personne de confiance est désignée par écrit signé de votre part et à vocation à être présente à vos côtés chaque fois que vous le souhaitez.

### **Important :**

En aucun cas, nous n'autorisons la personne de confiance à accéder à votre dossier médical en dehors de votre présence et sans votre accord écrit.

### Références :

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 (article 11 ), relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé  
Articles L 1110-4 alinéa 6, L 1111-4, L 1111-6, L 1122-1 alinéa 7 du Code de Santé Publique



## DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e) ..... né(e) le.....  
Résidant à .....

Désigne comme personne de confiance €mademoiselle €madame €monsieur  
Adresse : .....  
Pourra être jointe au n°téléphone(s) : .....

J'autorise M ..... à m'accompagner dans mes démarches, à assister aux entretiens médicaux. J'ai bien noté que M ..... pourra être consulté(e) par le médecin responsable au cas où je serais hors d'état d'exprimer ma volonté et de recevoir directement une information médicale.

Date ..... Date.....

Signature du patient

Signature de la personne de confiance  
(non obligatoire)

La personne de confiance est distincte de la personne à prévenir, qui est : .....