

DOCUMENT À CONSERVER DANS LE DOSSIER DU PATIENT

Loi du 04 mars 2002 relative aux droits des patients Article L. 1111-6 du Code de la Santé Publique Modifié par la Loi n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 9



Madame, Monsieur, ces lois vous permettent dans le cadre de votre prise en charge à l'ASA de désigner une personne de confiance et/ou d'annuler cette désignation à tout moment.



Faire 1 copie du document rempli et la remettre au patient

Qui est la personne de confiance ?

Un membre de ma famille, un proche, un médecin. Elle est majeure et ne fait pas l'objet d'une mesure de tutelle.

Quel est son rôle ?

Elle peut m'accompagner dans mes démarches, assister aux entretiens médicaux pour m'aider dans mes décisions, consentir à des actes médicaux. Elle sera consultée si je suis hors d'état d'exprimer ma volonté. Elle sera considérée comme capable de transmettre mes préférences et mes volontés. Elle ne sera pas autorisée à consulter mon dossier ou à y accéder sans mon accord et en mon absence.

Je soussigné(e), Mme M. :

COCHER – REMPLIR – DATER – SIGNER

Nomme au titre de personne de confiance ⁽¹⁾ *(1) cocher la case correspondante*

En qualité de ⁽¹⁾: Médecin Proche Membre de ma famille (parenté)

Mme M. ⁽¹⁾: ☎ :

Adresse :

Je lui ai fait part de mes directives anticipées & elle en possède un exemplaire⁽¹⁾: NON OUI

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

Ne désigne pas de personne de confiance ⁽¹⁾

Fait à Metz, le

Décide d'annuler ma décision ci-dessus et désigne ⁽¹⁾ *(1) cocher la case correspondante*

En qualité de ⁽¹⁾: Médecin Proche Membre de ma famille (parenté.....)

Mme M. ⁽¹⁾: ☎ :

Adresse :

Je lui ai fait part de mes directives anticipées & elle en possède un exemplaire⁽¹⁾: OUI NON

Fait à Metz, le

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :



Désignation non réalisable pour le motif suivant ⁽¹⁾ :

- Etat de santé Incapable majeur Mineur Patient sous tutelle

(1) cocher la case correspondante

Évaluation faite le
NOM :

CAS PARTICULIER

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance

Deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

Témoin 1 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms : _____

Qualité (lien avec la personne) : _____

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M _____

→ que M _____ lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui non

→ que M _____ lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées :
oui non

Fait à : _____ le : _____

Signature

Témoin 2 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms : _____

Qualité (lien avec la personne) : _____

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M _____

→ que M _____ lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui non

→ que M _____ lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées :
oui non

Fait à : _____ le : _____

Signature