 CH BERTINOT JUEL CHAUMONT-EN-VEXIN	PERSONNE DE CONFIANCE	Version n°5	
		Date d'application	Mai 2021
		Page	1/3
	Thème : Prise en charge du patient Sous-Thème : Soins, Hygiène		
Codification :	PEC/b-007		
Mots clés :	Personne, Confiance	Date de révision	Mai .2025

I – RUBRIQUES INTRODUCTIVES

A - OBJET Ce formulaire permet d'identifier une personne de confiance qui pourra accompagner le patient dans ses démarches liées à sa santé. Elle sera consultée en priorité et sera le porte-parole du patient.

B - DOMAINE ET LIMITES D'APPLICATION Toute personne majeur malade ou non. La Personne de confiance peut être modifiée par écrit à tout moment par le patient.


C - REFERENCES (documents de références ou associés)

DOCUMENT EN AMONT	DOCUMENT EN AVAL
- Document HAS avril 2016 – La personne de confiance	

D – DÉFINITIONS et ABRÉVIATION

HAS : Haute Autorité de Santé

Rédacteur : SERVICE QUALITÉ	Vérificateur : SERVICE QUALITÉ	Approbateurs : COFIL
Date et signature :	Date et signature :	Date et signature :
SIGNÉ	SIGNÉ	SIGNÉ

 CH BERTINOT JUEL CHAUMONT-EN-VEXIN	PERSONNE DE CONFIANCE	Version n°5	
		Date d'application	Mai 2021
		Page	2/3
	Thème : Prise en charge du patient Sous-Thème : Soins, Hygiène		
Codification :	PEC/b-007		
Mots clés :	Personne, Confiance	Date de révision	Mai .2025

Je soussigné(e) :

Nom et prénoms:

Né(e) le : **à :**

Domicilié(e) à :

.....

Nomme la personne de confiance suivante :

Nom, prénoms :

Adresse :

Téléphone privé :

E-mail :

➤ 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


Ne souhaite pas nommer de personne de confiance

Fait à : le :

Signature

Signature de la personne de confiance

Rédacteur : SERVICE QUALITÉ	Vérificateur : SERVICE QUALITÉ	Approbateurs : COFIL
Date et signature :	Date et signature :	Date et signature :
SIGNÉ	SIGNÉ	SIGNÉ

 CH BERTINOT JUEL CHAUMONT-EN-VEXIN	PERSONNE DE CONFIANCE	Version n°5	
		Date d'application	Mai 2021
		Page	3/3
	Thème : Prise en charge du patient Sous-Thème : Soins, Hygiène		
Codification :	PEC/b-007		
Mots clés :	Personne, Confiance	Date de révision	Mai .2025

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 ou Mme

➤ 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 ou Mme

➤ 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

Rédacteur : SERVICE QUALITÉ	Vérificateur : SERVICE QUALITÉ	Approbateurs : COFIL
Date et signature :	Date et signature :	Date et signature :
SIGNÉ	SIGNÉ	SIGNÉ