

Les missions de la personne de confiance

La personne de confiance :

- ▶ Pourra m'accompagner, à ma demande, dans mes démarches à l'hôpital et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes prises de décisions.
- ▶ Sera la personne consultée en priorité par l'équipe soignante au cas où je ne serai pas en état d'exprimer ma volonté concernant la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements. Elle sera alors mon porte-parole pour refléter de façon précise et fidèle ma volonté et mes souhaits (que j'ai pu inscrire en amont dans mes directives anticipées).



CHU DIJON BOURGOGNE
14 Rue Paul Gaffarel - 21000 Dijon
03 80 29 30 31



You souhaitez être assisté.e
d'une personne de confiance



Direction de la communication - Janvier 2026 - Crédit photo: iStock

Pensez à rapporter ce document lors de votre hospitalisation !

La personne de confiance



1 / Vous êtes hospitalisé(e) ou vous allez l'être

Toute personne majeure (avec l'accord du juge des contentieux de la protection ou du conseil de famille si vous faites l'objet d'une mesure de protection avec représentation à la personne) a le droit de désigner une personne de confiance. Ce n'est pas une obligation, mais une faculté qui vous est offerte. Cette désignation doit être une décision bien réfléchie.



2 / Cette désignation peut être utile

Avec votre accord, la personne de confiance peut :

- ♥ Vous accompagner dans vos démarches au CHU.
- ♥ Assister aux entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions.
- ♥ Recevoir les mêmes informations que vous.
- ♥ Dans les situations où vous ne seriez plus en mesure d'exprimer votre volonté, votre personne de confiance pourra être consultée par l'équipe médicale pour témoigner de vos volontés.



3 / La personne de confiance est désignée par ECRIT à l'aide du formulaire ci-contre

♥ Elle peut être révoquée à tout moment.

♥ Elle peut être remplacée ultérieurement par la désignation d'une autre personne, à votre demande.

♥ Ce formulaire est valable pour la durée de l'hospitalisation et pour plus longtemps si vous le souhaitez.

Annoter :

Il vous revient d'informer la personne que vous avez choisie et d'obtenir son accord par écrit, à l'aide du formulaire ci-contre. Les informations que vous aurez indiquées au médecin comme étant confidentielles ne seront pas communiquées à la personne de confiance.



Qui peut être désigné ?

Vous pouvez choisir toute personne majeure parmi votre entourage en qui vous avez confiance, pour vous accompagner tout au long des soins et des décisions à prendre. Elle peut être :

♥ Un membre de votre famille, un ami, un proche, le médecin traitant.

La personne de confiance peut être différente de la personne à prévenir.

DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

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

À COMPLÉTER ET À REMETTRE DANS LE SERVICE

Je soussigné(e) :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Date de naissance : / /

Désigne M. ou Mme (nom, prénom) :

.....

Adresse :

..... Téléphone : / / /

Lien avec le patient (préciser) :

Pour m'assister en cas de besoin, en qualité de personne de confiance :

- Pour la durée de mon hospitalisation au CHU Dijon Bourgogne
- Pour la durée de mon hospitalisation et ultérieurement

Je peux mettre fin à cette désignation à tout moment et par tout moyen. J'ai pris connaissance des missions spécifiques de la personne de confiance, dans ce document.

- Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Le : / /

Signature du patient :

Je soussigné(e) :

Mme, M : accepte d'être la personne de confiance
de Mme, M :

Numéro de téléphone : / / /

- J'ai pris connaissance des missions spécifiques de la personne de confiance, dans ce document.

Le : / /

Signature de la personne de confiance :



Étiquette Patient