

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

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



Vous souhaitez être assisté.e *d'une personne de confiance*



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.

À noter :

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 : / /

Étiquette Patient

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 :

