

DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

(ARTICLE L.1111-6 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE)

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance. Parmi ses missions, elle pourra vous accompagner dans vos démarches liées à votre santé et, si un jour vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté, elle sera consultée en priorité pour l'exprimer : elle pourra recevoir l'information médicale à votre place et sera votre porte-parole.

La personne de confiance n'est pas nécessairement la personne à prévenir s'il vous arrivait quelque chose. Sa mission ne concerne que votre santé.

Qui peut être la « personne de confiance ? »

Toute personne de votre entourage en qui vous avez confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission. Ce peut-être votre conjoint, un de vos enfants ou un de vos parents, un ami, un proche, votre médecin traitant. Il est important que vous échangiez avec elle afin qu'elle comprenne bien vos choix et votre volonté, et puisse être votre porte-parole le moment venu. Elle ne devra pas exprimer ses propres souhaits et convictions mais les vôtres et doit s'engager moralement vis-à-vis de vous à le faire. Il est important qu'elle ait bien compris son rôle et donné son accord pour cette mission. Une personne peut refuser d'être personne de confiance.

Il est important également que vos proches soient informés que vous avez choisi une personne de confiance et connaissent son nom.

Source : HAS - Haute Autorité de Santé

Je soussigné(e) :

Nom : Nom de naissance :

Prénom(s) :

Né.e le : / / À :

☐ Ne souhaite pas désigner de personne de confiance

☐ Désigne une personne de confiance

Si oui, remplir les intitulés suivants :

Nom : Adresse :

Nom de jeune fille :

Prénom : Téléphone :

Cette personne de confiance est :

☐ un proche ☐ un parent ☐ mon médecin traitant

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

Fait le : / / à :

Signature du patient :

Signature de
la personne
de confiance :

Cadre réservé au patient pour notifier la révocation ou le changement de désignation de la personne de confiance

En cas de révocation : remplir ce tableau et remettre la fiche au personnel soignant.

En cas de changement de désignation : remplir ce tableau, remettre au personnel soignant et demander une nouvelle fiche à remplir.

Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée sur la présente fiche : ☐ OUI

Fait le : / / à :

Signature :



GHICL - Janvier 2026