

Désignation d'une personne de confiance (Modèle de lettre)

Je soussigné(e), [Prénom Nom] , [date de naissance] , [adresse]

Désigne pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance

Monsieur / Madame [Prénom Nom] ,

Né(e) le [date de naissance]

Résidant [adresse]

[téléphone]

[adresse e-mail]

Lien avec la personne : parent / médecin / proche

Cette désignation est valable sans limitation de durée jusqu'à ce que j'en décide autrement ou que la personne de confiance n'en dispose autrement. Cette désignation est révisable et révocable à tout moment.

J'ai bien noté que Monsieur / Madame [Prénom Nom] :

- Pourra, à ma demande, m'accompagner dans les démarches concernant mes soins et assister aux entretiens médicaux
- Pourra être consulté(e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins qui me sont prodigués et devra recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, aucune intervention importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre
- Ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurai indiquées au médecin
- sera informé(e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord
- pourra m'aider à la connaissance et à la compréhension de mes droits si je rencontre des difficultés.

Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.

Fait à [lieu] , le [date]

Votre signature

Signature de la personne désignée

Vérfifié le 22 octobre 2024 - Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre)

Pour toute explication, consulter les fiches pratiques :

Qu'est-ce qu'une personne de confiance en matière de santé ? (<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32748>)

Besoin d'aide ? Une remarque ? (<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/R40462/aide-remarque/contact>)