

# FORMULAIRE DE DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

HA-FR-  
0012

Version  
04

08 avr. 2026

La personne de confiance a comme rôle de vous accompagner dans vos démarches liées à votre santé et d'exprimer votre volonté si vous êtes, un jour en incapacité de le faire. La personne de confiance est toute personne majeure de votre entourage en qui vous avez confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission : votre conjoint, un proche, votre médecin traitant, etc.

Etiquette patient/résident

Elle peut avoir différentes missions :

- Témoigner de votre volonté si vous n'êtes plus en capacité de vous exprimer ;
- Vous accompagner dans vos démarches médicales et vous assister à vos rendez-vous médicaux ;
- Vous aider à prendre des décisions concernant votre santé ;
- Vous aider à la connaissance et la compréhension de vos droits.

Si votre état de santé ne vous permet plus de donner votre avis ou de faire part de vos décisions, le médecin ou l'équipe médicale consultera en priorité son avis avant toute intervention. Vous pouvez lui faire part en amont de vos souhaits et également confier vos directives anticipées à votre personne de confiance. Vous avez la possibilité de révoquer cette personne à tout moment comme de refuser son assistance et sa présence dans certains cas.

En cas d'hospitalisation (SMR), la désignation est valable pendant toute la durée de votre hospitalisation. Pour l'EHPAD, la désignation est valable jusqu'à ce que vous procédiez à sa révocation ou sa révision.

Je soussigné(e) (nom, prénom) .....

Né le ..... / ..... / ..... À .....

Pris(e) en charge au :

SMR de l'hôpital Andrevetan

EHPAD Andrevetan

Atteste :

Vouloir procéder à la désignation d'une personne de confiance (renseigner ci-dessous)

Ne pas vouloir procéder à la désignation d'une personne de confiance

Je désigne comme personne de confiance :

Nom et Prénom: .....

Adresse: .....

Numéro de téléphone : .....

Date : ...../...../.....

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance, précédée de la mention « *Je reconnais avoir compris mon rôle et j'accepte la désignation* » :

## EN CAS D'IMPOSSIBILITE DE RECEVOIR L'INFORMATION

Je soussigné, Docteur.....

Reconnais que M ..... n'a pas été en mesure de recevoir l'information et de désigner sa personne de confiance.

Fait à La Roche sur Foron, le .....

Signature :

# FORMULAIRE DE DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

HA-FR-  
0012

Version  
04

08 avr. 2026

## EN CAS D'IMPOSSIBILITE D'ECRIRE SEUL LE FORMULAIRE

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 au dos, est bien l'expression de votre volonté.

### **Témoïn 1 :**

Je soussigné(e)

Nom et prénom : .....

Qualité (lien avec la personne) : .....

Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

M .....

Fait à : ..... Le : .....

Signature :

### **Témoïn 2 :**

Je soussigné(e)

Nom et prénom : .....

Qualité (lien avec la personne) : .....

Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

M .....

Fait à : ..... Le : .....

Signature :