



Association familiale de l'Isère
**pour enfants et adultes
handicapés intellectuels**



Fiche à conserver par l'établissement, ou la personne en situation de handicap, en vue de s'assurer du consentement de la personne.



CAMPAGNE REGIONALE DE DEPISTAGE DES CANCERS COLORECTAL ET DU SEIN AUPRES DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

FICHE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

En application de la loi N° 303 du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé, et notamment de son article 1111L-6, la personne en situation de handicap peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse ou celui-ci serait hors d'état d'exprimer son consentement, sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à ces fins.

Désignation de la personne de confiance

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance (art L1111-6 du code de santé public). La seule condition est la majorité du désignataire. Le mineur est donc exclu du dispositif.

- Cas des majeures sans protection, sous sauvegarde de justice ou sous curatelle : ils peuvent librement désigné une personne de confiance. La seule condition est de le faire par écrit.
- Cas des majeures sous tutelle : leur état d'incapacité ayant conduit à la mise sous tutelle ne leur permet pas de désigner un tiers assurant le rôle de la personne de confiance.

Néanmoins, si la personne a été désignée avant la mise en place de la mesure de protection, il appartient au juge des tutelles de confirmer ou non, la mission de la personne de confiance. Point important, dans le cadre de la réforme des tutelles, depuis le 1^{er} janvier 2009, le mandat de protection peut prévoir que le mandataire exercera les missions de la personne de confiance. Il faut pour cela que le mandat s'étende à la protection de la personne.

Coordonnées de la personne en situation de handicap :

Je soussigné(e)

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....
.....
.....

Tél :

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour m'accompagner dans la gestion de la santé.

Je souhaite désigner une personne de confiance

NOM :

Nom de jeune fille.....

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....
.....
.....

Tél :

Cette personne de confiance, légalement capable, est

Un parent Un proche Mon médecin traitant

Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes les démarches et m'assiste dans tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions :

Oui Non

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personnes de confiance.

Fait à :

Le :

Signature personne de confiance

J'ai été informé(e) que la personne de confiance est désignée, jusqu'à révocation de ma part. Je m'engage à informer l'établissement si tel était le cas

Fait à :

Le

Signature

Signature de l'Usager

11/11/11