



## Ma personne de confiance

*(Article 12 de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient)*

M. / Mme. : .....

Matricule nationale (Code CNS) : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Né(e) le ..... à .....

Demeurant à .....

L - .....

Désigne la personne de confiance suivante<sup>1</sup> pour le cas où je ne serais plus en mesure d'exprimer ma volonté et de recevoir l'information nécessaire à la prise d'une décision relative à ma santé :

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le ....., à .....

Demeurant à .....

L - .....

Joignable par tél : .....

E-mail : .....

Ma personne de confiance pourra exprimer ma volonté, recevoir les informations relatives à mon état de santé et obtenir accès à mon dossier patient. Le secret professionnel ne pourra pas lui être opposé.

Cette désignation vaut également si je me trouve en situation de fin de vie et si je ne suis plus en mesure de m'exprimer, sauf si je m'y oppose. Opposition et/ou remarques personnelles<sup>2</sup>:

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

Je désigne ma personne de confiance comme mon mandataire<sup>3</sup>, qui pourra recevoir les informations relatives à mon état de santé et obtenir accès à mon dossier patient même lorsque je suis encore en mesure d'exprimer ma volonté et de recevoir moi-même l'information relative à ma santé:  Oui  Non

Remarques personnelles : .....

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



Les deux témoins ci-après attestent que malgré mon impossibilité d'écrire et de signer moi-même, je suis en état d'exprimer ma volonté et que la désignation consignée dans le présent document est l'expression de ma volonté libre et éclairée.

**Témoin 1 :**

Nom, Prénom, .....  
Qualité .....  
Né(e) le ....., à .....  
Demeurant à .....  
L- .....  
Joignable par E-mail : .....  
Tél : .....

**Témoin 2 :**

Nom, Prénom, .....  
Qualité .....  
Né(e) le ....., à .....  
Demeurant à .....  
L- .....  
Joignable par E-mail : .....  
Tél : .....

Les deux témoins attestent que le document que le patient n'a pas pu rédiger lui-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée.

Fait à ....., en ..... exemplaires<sup>4</sup>, le .....

.....  
signature témoin 1

.....  
signature témoin 2



<sup>1</sup> Votre personne de confiance ne doit pas confirmer d'avance par écrit son accord avec sa désignation. Il est toutefois conseillé d'en discuter avec la personne de confiance, afin d'être certain qu'elle accepte la désignation et afin de l'informer sur vos souhaits et convictions. La désignation peut être révoquée (annulée ou modifiée) à tout moment, de préférence par un écrit, daté et signé. Il est important d'informer les personnes qui sont en possession de la désignation révoquée ou annulée (personne de confiance révoquée ; médecin traitant ...) et de mettre à jour votre DSP si vous en disposez.

<sup>2</sup> Sauf volonté contraire exprimée par vous, la désignation d'une personne de confiance conformément à la loi du 24 juillet 2014 vaut également en situation de fin de vie au sens de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie, et au sens de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. De même, si vous avez déjà désigné une personne de confiance selon une des lois du 16 mars 2009 précitées, cette personne de confiance agit également comme personne de confiance en vertu de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, sauf volonté contraire exprimée. Vous n'avez donc pas besoin de désigner plusieurs fois votre personne de confiance, sauf si vous souhaitez désigner des personnes différentes. Si vous avez décidé de désigner une personne différente, par exemple dans votre disposition de fin de vie (euthanasie), vous pouvez le préciser dans cette rubrique.

<sup>3</sup> En désignant une personne de confiance, vous déterminez l'interlocuteur des prestataires de soins de santé pour le cas où vous ne serez plus en mesure d'exprimer votre volonté ou de recevoir l'information nécessaire à la prise d'une décision relative à votre santé.

Si vous cochez la case « oui », vous conférez en plus à cette personne un mandat spécifique permettant à cette personne de s'informer en amont de cette situation en tant que votre mandataire (Art. 16 (2) alinéa 2 de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient). Elle pourra donc demander votre dossier patient et communiquer avec le médecin ou tout autre prestataire, même si vous restez à même de décider vous-même.

<sup>4</sup> Il est recommandé de rédiger le document désignant votre personne de confiance en trois exemplaires au moins: un exemplaire pour votre documentation, un exemplaire destiné au médecin traitant (ou à tout autre médecin) pour être joint au dossier patient et un exemplaire destiné à la personne de confiance que vous avez désignée.

Il n'y a pas de registre national spécifique des désignations. Si vous disposez d'un dossier de soins partagé (DSP), vous avez la possibilité d'y consigner la désignation de votre personne de confiance afin de faciliter la consultation de cette information par les professionnels de santé participant à votre prise en charge. Plus d'informations sur le DSP sont disponibles auprès de l'Agence eSanté : [www.esante.lu](http://www.esante.lu) / Tél. Helpdesk eSanté : (+352) 2712 5018 33.