



Formulaire de désignation du REPRESENTANT

dans le cadre de l'exercice des **DROITS DU PATIENT**

Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (art. 14, §1/1)

Je soussigné(e) (nom et prénom du patient)

désigne la personne citée ci-dessous pour me représenter, pour autant et **aussi longtemps que je ne serai pas capable d'exercer moi-même mes droits de patient**, tels que décrits dans la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

• Données personnelles du patient :

- Adresse e-mail ou adresse postale :
- Numéro de téléphone :
- Date de naissance :

• Données personnelles du REPRESENTANT DESIGNÉ :

- Nom et prénom :
- Adresse e-mail et adresse postale :
- Numéro de téléphone :
- Date de naissance :

Fait à, le (date)

Signature du patient :

J'accepte ma désignation de représentant telle que visée ci-dessus et je veillerai à représenter le patient pour le cas où il ne serait pas en mesure d'exercer ses droits de patient lui-même.

Fait à, le (date)

Signature du représentant désigné :

Suite page 2 (à remplir de manière facultative)

A remplir de manière facultative (sans aucune obligation)

Je soussigné(e) (nom et prénom du patient)
désigne, selon l'ordre successif déterminé ci-dessous, l'(es) autre(s) personne(s) suivante(s) comme éventuel futur représentant dans le cadre de mes droits de patient, pour le cas où la personne désignée ci-dessus (à la page 1) ferait défaut.

Cela peut être notamment le cas si le représentant désigné ci-dessus ne souhaitait explicitement plus intervenir comme représentant (pour une période déterminée ou de manière définitive); s'il n'était lui-même plus capable d'exercer mes droits du patient en mon nom ou s'il était décédé.

1. Nom et prénom de l'éventuel futur représentant:

.....
- Adresse e-mail ou adresse postale :
- Numéro de téléphone :
- Date de naissance :

Fait à, le (date),

Signature du patient :

J'accepte ma désignation comme éventuel futur représentant du patient, selon les modalités et l'ordre successif prévus dans le présent mandat.

Fait à, le (date),

Signature de l'éventuel futur représentant :

2. Nom et prénom de l'éventuel futur représentant:

.....
- Adresse e-mail ou adresse postale :
- Numéro de téléphone :
- Date de naissance :

Fait à, le (date)

Signature du patient :

J'accepte ma désignation comme éventuel futur représentant du patient, selon les modalités et l'ordre successif prévus dans le présent mandat.

Fait à, le (date),

Signature de l'éventuel futur représentant :

3....

4....



EXPLICATIONS ET RECOMMANDATIONS concernant le mandat de désignation du **REPRESENTANT** dans le cadre de la loi relative aux droits du patient

1. Le représentant d'un patient tel que visé dans la loi relative aux droits du patient intervient **au nom d'un patient incapable d'exercer lui-même ses droits de patient. C'est le professionnel des soins de santé qui apprécie si un patient est capable ou non d'exercer ses droits de patient.**

2. Le professionnel des soins de santé doit savoir **qui** représente le patient devenu incapable d'exercer ses droits de patient ; autrement dit il doit savoir qui est la personne autorisée à exercer les droits du patient en son nom. Un mandat de désignation de représentant **a le mérite de préciser la personne choisie par le patient.** Le patient peut éventuellement aussi désigner des proches qui pourront assister le représentant.

Si le patient n'avait pas désigné préalablement de représentant (via mandat écrit) au moment où il devient incapable d'exercer ses droits, le professionnel des soins de santé s'adresse alors à la personne telle que désignée dans la loi relative aux droits du patient (par ordre de priorité) : l'éventuel administrateur de la personne, le partenaire du patient, un enfant majeur, un parent, un frère ou une sœur majeur(e), le professionnel des soins de santé lui-même.

3. Il est recommandé de rédiger le mandat de désignation de représentant en **plusieurs exemplaires originaux** : un exemplaire original peut être conservé par le représentant désigné et un autre par chacune des autres personnes éventuellement mentionnées ci-dessus dans le modèle de mandat ; un exemplaire peut être conservé par le patient ; un exemplaire peut être transmis au médecin traitant ou à un autre médecin choisi par le patient.

4. Comme il n'existe pas, actuellement, de système d'enregistrement légalisé et centralisé du mandat désignant le représentant de la loi « droits du patient », **il appartient au patient de faire connaître lui-même le mandat** auprès de son entourage et des professionnels des soins de santé qu'il côtoie. Le patient peut demander que le mandat de désignation de représentant **soit inséré dans un ou plusieurs dossier(s) patient le concernant.**

5. Le patient peut éventuellement choisir de désigner son représentant dans le cadre du mandat de protection extra-judiciaire sur la personne prévu dans le Code civil, avec les formes et les frais que cela implique (le plus souvent via notaire). Il s'agit alors d'y respecter les termes et conditions du mandat de la loi relative aux droits du patient. Pour plus d'info, voir www.notaire.be. Il appartient au patient de faire connaître la désignation du représentant « droits du patient » via ce mandat auprès de son entourage et des professionnels des soins de santé qu'il côtoie.

6. La présente désignation de représentant par mandat écrit **peut à tout moment être révoquée par le patient ou par le représentant** par un écrit, daté et signé. En ce cas, il est recommandé au patient d'en informer toutes les personnes qui ont reçu ou signé le mandat initial.

Plus d'information sur le rôle du représentant et sur les limites de ses compétences ?

Voyez www.patientrights.be, brochure Loi « Droits du patient » – Ensemble dans le dialogue, ensemble dans les soins.

Ce formulaire est à rendre au personnel de l'unité de soins lors de votre hospitalisation
OU A déposer au service des admissions lors de votre inscription
OU à faire parvenir au secteur « gestion des dossiers médicaux » en dehors d'une hospitalisation

SIME, gestion des dossiers médicaux, Domaine Universitaire du Sart Tilman B35 4000 liège
Fax 04/366 84 90 - E-mail : archives.medicales@chuliege.be

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le CHU de Liège dans le cadre de la désignation de votre mandataire. Elles sont destinées aux prestataires de soins et aux services qui seront impliqués dans votre prise en charge. Le délai de conservation respecte les délais imposés par la loi et les dispositions réglementaires. La désignation du mandataire peut être révoquée à tout moment, par un écrit, daté et signé. En ce cas, il est recommandé de mettre au courant toutes les personnes qui ont reçu la désignation originale. Conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le délégué à la protection des données par courriel à l'adresse suivante : dpo@chuliege.be