

*Vous souhaitez être assisté(e) d'une personne de confiance
durant votre hospitalisation (article L1111-6 du code de la santé publique)*

Cette personne, choisie par vous, librement parmi les membres de votre entourage et en qui vous avez toute confiance pourra vous accompagner dans vos démarches lors de votre séjour à l'hôpital.

Elle peut être un membre de votre famille, un proche, un médecin...

Elle pourra, si vous le souhaitez, assister aux entretiens médicaux et vous aider à prendre vos décisions et formuler vos souhaits.

Cette personne de confiance n'est pas forcément la même que la « personne à prévenir » (personne dont vous donnez les coordonnées lors de votre admission et à prévenir en cas de besoin : sortie, transfert...).

Cette désignation peut être très utile :

Votre état de santé ne vous permettra peut-être pas toujours de faire connaître aux personnes qui vous soignent votre avis ou bien les décisions que vous souhaitez prendre pour vos soins.

Votre personne de confiance sera alors consultée et pourra donner à l'équipe hospitalière des indications sur les souhaits que vous pourriez avoir exprimés concernant votre prise en charge.

Elle a un rôle consultatif et n'a pas vocation à décider à votre place. De même, elle vous accompagnera au(x) seul(s) moments où vous le souhaitez et le jugerez utile.

Les modalités de désignation :

- La désignation d'une personne de confiance n'est pas une obligation.
- Elle ne peut être effectuée que par une personne majeure.
- Ce doit être une décision bien réfléchie, sans précipitation.
- Elle est valable pour la durée de l'hospitalisation mais vous pouvez y mettre fin à tout moment et désigner une autre personne de confiance si vous le souhaitez.
- La personne de confiance n'a pas accès à votre dossier médical ; vous seul disposez de ce droit.
- La désignation de votre personne de confiance doit être effectuée par écrit (au moyen du formulaire joint au verso) et sera conservée dans votre dossier ; il vous revient d'en informer la personne choisie et d'obtenir son accord.



Impossibilité de désigner la personne de confiance.

Je soussigné(e),

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Date de naissance : / /

Adresse :

Ne souhaite pas désigner de personne de confiance.

Désigne en qualité de personne de confiance :

M. M^{me} (nom, prénom, adresse, coordonnées téléphoniques, lien social) :

.....

afin de m'assister en cas de besoin pour la durée de mon hospitalisation.

J'ai fait part à la personne de confiance désignée ci-dessus, de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :

Oui

Non

Je dispose des directives anticipées :

Oui

Non

Elles sont disponible auprès de :

Fait à

le / /

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

Révocation de la désignation de la personne de confiance

Date : / /

Signature du patient :

Cochez les cases correspondantes, merci.

