La personne de confiance

Vous êtes majeur (e), vous pouvez, si vous le souhaitez et pendant votre séjour, désigner une "personne de confiance" que vous choisissez librement et en qui vous avez toute confiance, pour vous accompagner tout au long des soins et des décisions à prendre.

Cette "personne de confiance" pourra, si vous en faites la demande, assister aux entretiens médicaux et vous aider à formuler vos souhaits.

Cette désignation peut être utile

Votre état de santé ne vous permettra peut-être pas toujours, pendant la durée de votre hospitalisation, de faire connaître votre avis, ou les décisions que vous souhaitez prendre pour votre santé, aux personnes qui vous soignent.

Si vous ne pouvez les exprimer, la personne de confiance que vous aurez désignée, sera consultée par l'équipe hospitalière et pourra lui donner des indications sur vos souhaits. Avant toute intervention ou investigation importante, les précisions ainsi recueillies pourront guider les médecins dans leurs choix thérapeutiques.

Désigner une personne de confiance :

- N'est pas une obligation
- Doit être une décision prise après réflexion et sans précipitation
- Se fait par écrit
- Peut être révoquée à tout moment (par écrit de préférence)
- Peut être remplacée ultérieurement par la désignation d'une autre personne, à votre demande
- Est valable pour la durée de l'hospitalisation ou pour plus longtemps si vous le souhaitez
- Elle sera consultée en première intention si vous n'avez pas rédigé vos directives anticipées, ou si vos directives se trouvaient difficilement accessibles au moment où votre médecin aurait besoin de les consulter.

Il vous appartient d'informer la personne que vous aurez choisie et d'obtenir son accord. Toutes les décisions que vous prendrez à ce sujet figureront dans votre dossier médical.

Vous serez libre de décider que certaines informations, que vous jugerez confidentielles, ne soient pas communiquées par l'équipe hospitalière à la personne de confiance ; vous devrez alors nous l'indiquer précisément.

(au sens de l'article L. 1111.6 du Code de la santé publique)

Formulaire
Personne de confiance

(Ce document est à remettre aux équipes soignantes et médicales)

Je soussigné (e) :

Nom et prénoms :.....

Date et lieu de naissance :.....

Domicilié (e) :.....

.....

□ **Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance**

□ **Je désigne la personne de confiance suivante :**

Nom et prénoms :

Domicilié (e) :

Téléphone privé ..... Professionnel : .....

Email :.....

Je l'ai informée de son rôle en tant que personne de confiance et elle l'a accepté :

□ Oui □ Non

Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :

□ Oui □ Non

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées :

□ Oui □ Non

Fait à

Le

Votre signature