

# Désignation de la personne de confiance

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous allez prochainement être hospitalisé(e) dans l'un de nos deux établissements.

La loi du 4 mars 2002 vous autorise à désigner une personne, librement choisie par vous dans votre entourage et en qui vous avez toute confiance, pour vous accompagner tout au long de vos démarches, 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.

La mission de cette personne de confiance est définie par vous seul(e).

## Elle pourra selon votre souhait :

- vous accompagner dans toutes vos démarches dans l'établissement
- assister aux entretiens médicaux pour vous aider dans vos décisions pour consentir à des actes médicaux
- la personne de confiance pourra aussi être consultée par le médecin si l'évolution de votre état de santé ne vous permet pas d'exprimer vous même votre volonté et de revoir l'information.

## Important :

En aucun cas nous n'autoriserons la personne de confiance à accéder à votre dossier médical en dehors de votre présence et sans votre accord exprès.

La désignation d'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.

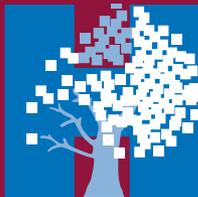
Il vous appartient d'informer la personne que vous aurez choisie et d'obtenir son accord.

Toutes les décisions que vous prendrez à ce sujet figureront dans votre dossier médical.

## Personne de confiance et personne à prévenir :

En entrant dans un établissement de santé, nous vous demandons d'indiquer la personne à prévenir en cas de besoin.

Cette personne à prévenir est distincte de la personne de confiance. La personne de confiance est désignée par écrit signé de votre part et à vocation d'être présente à vos côtés chaque fois que vous le souhaitez.



EN APPLICATION DE LA LOI DU 4 MARS 2002 RELATIVE AUX DROITS DES MALADES Article L. 1111-6 du Code de la Santé Publique.

Je soussigné(e) : .....

Né(e) le : .....

Hospitalisé(e) au Pôle de Santé du Plateau le :

**Désigne comme personne de confiance Madame, Mademoiselle, Monsieur :**

Nom : .....Prénom : .....

adresse : .....

téléphone : .....

Cette personne de confiance est :

un parent     un proche     mon médecin traitant

La désignation de M..... en qualité de personne de confiance est valable pour la durée de mon hospitalisation.

Date : .....

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

**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 la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner de personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement en remplissant une fiche de désignation.

