

La Personne de Confiance

Madame, Monsieur,

Vous êtes hospitalisé(e) dans notre établissement. Depuis la loi du 4 mars 2002, les établissements de santé doivent proposer aux patients de désigner une personne de confiance.

Cette personne de confiance est librement choisie par vous-même ; ce peut être un parent, un proche, un ami, un soignant ; ce doit être une personne que vous connaissez bien, en qui vous avez « confiance » ; ce ne peut pas être votre médecin traitant dans le cadre d'une prise en charge en Hôpital à Domicile.

Cette personne a pour rôle, si vous le souhaitez, de vous accompagner dans toutes vos démarches liées à votre état de santé, et peut assister aux entretiens médicaux, pour vous aider dans vos décisions.

Elle doit par ailleurs être consultée par le médecin qui vous prend en charge, si votre état de santé ne vous permet plus de recevoir des informations ou d'exprimer votre volonté. Dans ce cas, elle oriente, si besoin, le médecin dans les choix des traitements, en fonction des impératifs médicaux et de vos convictions.

Elle peut partager avec vous, si vous le souhaitez, et jusqu'où vous le souhaitez, le secret médical.

Par contre, elle ne peut pas avoir directement accès à votre dossier médical, mais uniquement en votre présence et avec votre accord.

La personne de confiance est, après vous, l'interlocuteur privilégié du personnel soignant.

La personne de confiance est différente de la personne à prévenir en cas de besoin, car elle n'a pas le même rôle.

La désignation de la personne de confiance n'est pas obligatoire.

A tout moment au cours de votre hospitalisation, vous pouvez désigner une personne de confiance si vous ne l'avez pas fait initialement, vous pouvez changer de personne de confiance, vous pouvez annuler la désignation de cette personne de confiance.

La désignation de la personne de confiance se fait par écrit.

Elle est valable pendant toute la durée de votre hospitalisation, sauf avis contraire de votre part.



La Personne de Confiance

Je soussigné(e).....

ETIQUETTE PATIENT

Désigne en tant que personne de confiance :

Nom marital : Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Date et Lieu de naissance : |__|_| |__|_| |__|_|_|_| |

Adresse :

Téléphone : |__|_| |__|_| |__|_| |__|_| |__|_|

Je l'autorise à m'accompagner dans mes démarches, à assister aux entretiens médicaux.

J'ai bien noté que ma personne de confiance pourra être consultée par le médecin qui me prend en charge au cas où je serais hors d'état d'exprimer ma volonté et de recevoir directement une information médicale.

Je m'engage à prévenir cette personne de sa désignation.

Cette désignation est valable pour la durée de mon hospitalisation.

Je peux révoquer cette désignation à tout moment, et éventuellement désigner une autre personne de confiance. Je m'engage à informer par écrit l'établissement de ces modifications.

Date et Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Date et Signature du patient :

Pour tout nouveau séjour et/ou en cas d'arrêt de la prise en charge en HAD de plus de 15 jours, l'établissement me demandera si je souhaite garder ou changer ma personne de confiance. En cas de changement, je remplirai une nouvelle fiche de désignation.

Je souhaite désigner la même personne de confiance. Date :Signature :

Je souhaite désigner la même personne de confiance. Date :Signature :

Je souhaite désigner la même personne de confiance. Date :Signature :

Je souhaite annuler ma désignation Date :Signature :

A remplir par le personnel de l'HAD :

Incapacité à désigner une personne de confiance

