

DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Vous pouvez désigner une personne, librement choisie par vous dans votre entourage et en qui vous avez toute confiance, pour vous accompagner tout au long des soins et des décisions à prendre. Votre état de santé ne vous permettra peut être pas toujours, pendant la durée de votre hospitalisation, de faire connaître aux personnes qui vous soignent votre avis ou les décisions que vous souhaitez prendre pour vos soins.

Si vous ne pouvez les exprimer, votre personne de confiance sera consultée par l'équipe hospitalière et pourra lui donner des indications sur votre façon de voir les choses. Avant toute intervention ou investigation importante, les précisions ainsi recueillies pourront guider les médecins dans les choix thérapeutiques. La désignation de la personne de confiance n'est pas une obligation et doit être une décision bien réfléchie, sans précipitation.

Je soussigné(e) (nom, prénom),

adresse

date de naissance

désigne M, M^{me}, M^{lle} (nom, prénom)

adresse

date de naissance téléphone

lien avec le patient (parent, proche)

Médecin traitant

pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance

pour la durée de mon hospitalisation dans l'établissement.

pour la durée de mon hospitalisation et ultérieurement

J'ai bien noté que : M, M^{me}, M^{lle}

- pourra être consulté(e) par l'équipe hospitalière au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ne pourra être réalisée sans consultations préalable,

- qu'à ma demande, il (elle) m'accompagnera dans mes démarches à l'hôpital et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes choix concernant ma santé,

- que les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées à l'équipe hospitalière ne seront pas communiquées à la personne de confiance,

- qu'il me revient de l'informer de cette désignation et de m'assurer de son accord,

- que je pourrai mettre fin à cette désignation à tout moment et par tout moyen.

Fait à :

le :

Signature :

L'original de ce document est à remettre au patient, le duplicata est à conserver dans le dossier patient.