

Vous êtes admis(e) dans notre établissement

Il vous est possible, de nous désigner une personne, librement choisie par vous et en qui vous avez toute confiance, pour vous accompagner tout au long des soins et des décisions à prendre. Cette personne, considérée comme votre "**personne de confiance**", pourra, si vous en faites la demande, assister aux entretiens médicaux et vous aider à formuler vos souhaits. Il vous appartient cependant de l'en informer au préalable.

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 les décisions que vous souhaitez prendre par vous même.

Si vous ne pouvez pas les exprimer, votre personne de confiance sera consultée et pourra nous donner des indications sur votre façon de voir les choses. Avant toute intervention ou investigation, les précisions ainsi recueillies pourront guider nos médecins dans les choix thérapeutiques.

A cette fin, nous vous remercions de remplir le formulaire au verso que vous remettrez à un soignant de votre service.

Sur demande, une copie de ce formulaire pourra vous être remise.

FORMULAIRE

A classer dans le dossier du patient

de Désignation d'une PERSONNE DE CONFIANCE de Révocation d'une PERSONNE DE CONFIANCE

(article L1111-6 du Code de la Santé Publique)

Le patient ne souhaite pas désigner de personne de confiance

ou

Le patient souhaite désigner de personne de confiance

Je, soussigné(e) :

nom, prénom,

date de naissance/...../..... lieu de naissance :

Désigne en tant que personne de confiance M., Mme, Mlle

nom, prénom,.....

adresse,

.....

tél. :/...../...../..... E-mail :@.....

Lien avec la personne : conjoint, parent, proche, médecin-traitant autre :

J'ai rédigé(e) mes directives anticipées ou mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :

oui non

La personne de confiance possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui non

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

jusqu'à ce que j'en décide autrement

uniquement pour la durée de mon séjour dans l'établissement

J'ai bien noté que la personne de confiance désignée ci-dessus :

- Pourra m'accompagner, à ma demande, dans les démarches concernant mes soins et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- Pourra être consulté(e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serai pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans des circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultations préalable.
- Pourra décider de mon inclusion dans un protocole de recherche médicale, si je ne suis pas en mesure d'exprimer ma volonté.
- Ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin.
- Sera informé(e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord.

Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.

Fait à :

le :/...../.....

Signature :

Date et signature de la personne désignée

(recommandé)

Le patient décide de révoquer sa décision antérieure en désignant :

M., Mme, Mlle

en qualité de personne de confiance.

Fait à :, le :/...../.....

Signature :