

Vous souhaitez être assisté(e) d'une personne de confiance...

Pendant votre séjour, il vous est possible de 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.

L'hôpital considérera cette personne comme votre personne de confiance. La personne de confiance peut être différente de la personne à prévenir.

Quel est le rôle de la personne de confiance auprès de vous ?

- Elle peut vous accompagner dans vos démarches et assister aux entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions ou de vous réexpliquer ce que vous n'avez pas bien compris lors de l'entretien avec le médecin.
- Elle a un rôle consultatif, elle ne décide pas à votre place.
- La personne de confiance est particulièrement utile si votre état de santé ne vous permet plus de faire connaître aux personnels qui vous soignent votre avis ou vos décisions pour vos soins. Elle sera consultée par l'équipe hospitalière afin d'indiquer la façon dont vous envisagiez votre prise en charge. Les précisions ainsi recueillies pourront guider l'équipe médicale dans les choix thérapeutiques.
- Vous serez libre de décider que certaines informations sur votre santé que vous jugerez confidentielles ne devront pas être données par l'équipe hospitalière à votre personne de confiance : vous devrez alors nous l'indiquer précisément.

Qui peut être personne de confiance ?

- Votre personne de confiance peut être un parent, un proche ou votre médecin traitant.

Comment désigner une personne de confiance ?

- La désignation de cette personne de confiance est facultative. Elle se fait par écrit à l'aide de l'imprimé ci-joint et figure dans votre dossier médical.
- Elle est valable tout le temps de votre hospitalisation sauf si vous en décidez autrement.
- Elle est révocable à tout moment par écrit.

(loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé)

Désignation de la personne de confiance

Je soussigné(e).....

Hospitalisé(e) dans le service de :

.....

- ne souhaite pas désigner de personne de confiance.
- désigne comme personne de confiance M., Mme, Mlle (nom, prénom) :

.....

Adresse :

.....

N° de téléphone (fixe et /ou mobile) :

.....

Pour m'assister en cas de besoin pour la durée :

- de mon hospitalisation à l'hôpital.
- de mon hospitalisation et ultérieurement.

Signature de la personne de confiance (facultatif mais conseillé) :	Fait à
	Le :
	Signature du patient:

Révocation de la personne de confiance

Je soussigné(e).....

Demande la révocation de la personne de confiance désignée ci-dessus.

Fait à, le

Signature du patient :