

INFORMATION SUR LA PERSONNE DE CONFIANCE

Vous êtes hospitalisé(e), vous avez le droit de désigner une « personne de confiance ».

Cette personne doit être une personne majeure, suffisamment proche de vous pour connaître vos convictions, et en qui vous avez confiance. Ce peut être toute personne proche de votre entourage (parent, proche, médecin traitant) qui accepte de jouer ce rôle. Elle peut être également différente de la personne à prévenir, qui est alertée en cas d'aggravation de votre état de santé.

Cette personne de confiance pourra être révoquée à tout moment par écrit lors de votre hospitalisation.

La personne de confiance que vous allez désigner :

- Pourra vous accompagner, à votre demande, dans vos démarches à l'hôpital et pourra assister aux entretiens médicaux, afin de vous aider dans vos décisions.
- Pourra être consultée par l'équipe hospitalière au cas où vous ne seriez pas en état d'exprimer votre volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou dans l'impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.
- Pourra décider de votre inclusion dans un protocole de recherche médicale, si vous n'êtes pas en mesure d'exprimer votre volonté.
- Ne recevra pas d'informations que vous jugerez confidentielles et que vous aurez indiquées au médecin.
- Sera informé(e) par vos soins de cette désignation et vous devrez vous assurer de son accord.



ST-DROI-008

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Hospitalisé(e) dans le service :

Déclare avoir reçu une information sur la personne de confiance et

Souhaite ne pas désigner de personne de confiance

Est dans l'incapacité de répondre

Souhaite désigner la personne de confiance suivante (en application de l'article L 331-5-1 du code de l'action sociale et des familles) :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone privé :

Professionnel :

Portable :

Adresse E-mail :

Qualité (lien avec la personne) :

Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : Oui Non

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées Oui Non

A Fourmies le

Signature patient(e)

Signature personne de confiance

En cas d'impossibilité de signer pour la personne de confiance, recueil de son accord par téléphone le : / / par (nom-prénom de l'agent) :

Signature de l'agent