

PERSONNE DE CONFIANCE

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits du patient vous permet de désigner
une PERSONNE DE CONFIANCE
(qui peut être un parent, un proche ou votre médecin traitant)

- ◆ Si vous le souhaitez, cette personne de confiance **peut vous accompagner** dans vos démarches et assister aux entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions.
- ◆ Elle sera consultée au cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté et de recevoir l'information vous concernant.

Cette désignation, **faite par écrit, est révocable** à tout moment.
Elle est valable pour la durée de l'hospitalisation
à moins que vous ne fassiez connaître son annulation.

Quelques précisions sur les missions de la personne de confiance

- ◆ **La désignation d'une personne de confiance n'est pas une obligation** ; il s'agit simplement d'une possibilité qui vous est proposée.
- ◆ **La personne de confiance ne décide pas à votre place.** Si vous désirez qu'elle assiste à vos entretiens médicaux, elle peut vous aider à formuler vos questions et à comprendre les informations données. Elle doit simplement ETRE CONSULTÉE dans l'hypothèse où vous n'êtes plus en capacité de donner votre avis.
- ◆ La personne de confiance doit respecter au plus près votre volonté et notamment exprimer vos attentes à une période de vie qui peut être difficile ou dans laquelle vous pouvez être en incapacité d'exprimer vos choix.
- ◆ **Votre dossier médical ne peut pas être remis à la personne de confiance lors de votre séjour.**
- ◆ Si vous souhaitez y donner suite, vous devez remplir le recto de ce document qui sera joint à votre dossier.
- ◆ Nous vous demandons d'informer **la personne** que vous avez choisie de sa désignation et de vous assurer de son accord.

Je soussignée(e),

Ne souhaite pas désigner une personne de confiance

OU

Désigne M M^{me}

..... comme PERSONNE DE CONFIANCE.

Coordonnées téléphoniques :

Adresse :

Elle peut m'accompagner dans mes démarches et assister aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions.

Dans l'hypothèse où je serai hors d'état de recevoir des informations et d'exprimer ma volonté, elle sera consultée par l'équipe qui me prend en charge.

Date :

Signature :

Accord de la personne de confiance (facultatif)

Je soussignée(e),

M M^{me} ,

Accepte ma désignation comme PERSONNE DE CONFIANCE de

M M^{me} ,

Durant son séjour à l'hôpital.

Date :

Signature :

Révocation de la personne de confiance désignée

Je soussignée(e),

Décide de révoquer la désignation de

M M^{me} M^{lle} ,

Comme PERSONNE DE CONFIANCE.

Date :

Signature :