

Formulaire de désignation d'une personne de confiance

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades

Vous allez être hospitalisé(e) dans notre établissement et vous êtes majeur(e) ?

Vous pouvez, si vous le souhaitez, désigner une « personne de confiance ».

PERSONNE DE CONFIANCE ET « PERSONNE À PRÉVENIR »

La personne de confiance n'est pas forcément la « personne à prévenir ».

Toutefois, une seule et même personne peut remplir ces deux fonctions.

- **LA « PERSONNE À PRÉVENIR »** est appelée en cas de besoin, par exemple pour préparer votre sortie. Elle ne partage pas le secret médical.
- **LA « PERSONNE DE CONFIANCE »** est l'interlocuteur privilégié des professionnels de santé, ayant devoir de confidentialité.

Elle peut, selon votre souhait :

- partager le secret médical
- assister aux entretiens médicaux
- vous accompagner dans vos démarches et vos prises de décision
- être consultée dans le cas où vous ne seriez pas capable d'exprimer votre volonté ou de recevoir l'information
- être détentrice de vos directives anticipées si vous les avez rédigées.

QUI POUVEZ-VOUS DÉSIGNER COMME PERSONNE DE CONFIANCE ?

La personne de confiance doit être majeure et peut être un membre de votre famille, un proche, votre médecin traitant. Il vous appartient d'informer la personne que vous avez choisie et de vous assurer de son accord.

Cette désignation doit être écrite. Elle est facultative et n'est valable que pour la durée de cette hospitalisation.

Elle est révocable à tout moment. Un formulaire de révocation est disponible dans les services de soins.

Je soussigné(e) :

☐ MADAME ☐ MONSIEUR NOM
PRÉNOMS
DATE DE NAISSANCE LIEU DE NAISSANCE
ADRESSE
TÉL E-MAIL

☐ **Souhaite désigner comme personne de confiance**

☐ MADAME ☐ MONSIEUR NOM
PRÉNOMS

CETTE PERSONNE EST : ☐ UN MEMBRE DE LA FAMILLE ☐ UN PROCHE ☐ MON MÉDECIN TRAITANT

ADRESSE
TÉL EMAIL

Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si je ne suis plus en état de m'exprimer ☐ OUI ☐ NON

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées ☐ OUI ☐ NON

☐ **Ne souhaite pas désigner de personne de confiance**

PERSONNE À PRÉVENIR

La personne de confiance est également la personne à prévenir ☐ OUI ☐ NON

Si la personne à prévenir est différente de la personne de confiance, veuillez indiquer son identité :

☐ MADAME ☐ MONSIEUR NOM
PRÉNOMS

CETTE PERSONNE EST : ☐ UN MEMBRE DE LA FAMILLE ☐ UN PROCHE ☐ AUTRE

ADRESSE
TÉL EMAIL

PATIENT(E)

Fait le

À

SIGNATURE

PERSONNE DE CONFIANCE

Fait le

À

SIGNATURE