

Pourquoi choisir une personne de confiance

Vous pouvez désigner dans votre entourage une personne de confiance qui pourra, si vous le souhaitez, vous accompagner dans vos démarches de santé (y compris lors des consultations médicales) et transmettre à l'équipe soignante vos volontés au cas où vous seriez hors d'état de vous exprimer.

Cette désignation est faite par écrit en remplissant ce formulaire. Elle peut être annulée ou modifiée à tout moment. Le formulaire daté et signé est à remettre à l'équipe soignante qui le conservera dans votre dossier médical.

La désignation n'est valable que pour la durée de votre hospitalisation. Si vous souhaitez qu'elle soit prolongée après votre sortie, il suffit d'en informer l'équipe soignante ou votre médecin.

La personne de confiance ne prend pas de décision médicale. Dans le cadre de la procédure collégiale encadrant les décisions de traitement en fin de vie, le témoignage de la personne de confiance sera pris en compte par l'équipe médicale mais en dernier lieu, c'est au médecin qu'il reviendra de prendre la décision concernant votre santé.

Formulaire à remplir puis à remettre aux professionnels qui vous prennent en charge

☐ **Je soussigné(e)** (nom, prénom - pour les femmes mariées, préciser le nom de jeune fille) :

.....

Née le : / / Domicilié(e) au :

Désigne M., Mme (nom, prénom)

Adresse

Code postal : Ville :

Tél : Mail :

Lien avec le patient (parent, proche, médecin traitant) :

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

☐ **J'ai bien noté** que la personne désignée ci-dessus :

- Pourra m'accompagner, à ma demande, dans mes démarches à l'hôpital et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- Pourra être consulté(e) par l'équipe hospitalière au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf en cas d'urgence ou impossibilité de le(la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation 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 désignation à tout moment et par tout moyen

Fait à :

Le : / /

Votre signature

Signature de la personne désigné

☐ **Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance**

Votre signature