



Coopération hospitalière
Nord Alsace

Centre hospitalier de Haguenau

**A L'OCCASION DE VOS SOINS,
VOUS SOUHAITEZ
ÊTRE ASSISTÉ**



**D'UNE PERSONNE DE
CONFIANCE**



Vous êtes hospitalisé(e), vous allez l'être,

Il vous est possible, si vous le souhaitez, 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. Cette personne, que l'hôpital considérera comme votre « personne de confiance », pourra, si vous en faites la demande, assister aux entretiens médicaux et vous aider à formuler vos souhaits. Il vous appartient cependant de l'en informer au préalable (elle devra co-signer le formulaire de désignation).

Cette désignation peut être très utile : votre état de santé ne vous permettra peut-être pas toujours, pendant la durée de votre hospitalisation, de faire connaître aux personnes qui vous soignent votre avis ou les décisions que vous souhaitez prendre par vous-même.

Si vous ne pouvez pas les exprimer, votre personne de confiance sera consultée par l'équipe hospitalière et pourra lui donner des indications sur votre façon de voir les choses. Avant toute intervention ou investigation, les précisions ainsi recueillies pourront guider nos médecins dans les choix thérapeutiques. Son témoignage prévaudra sur tout autre témoignage.

A cette fin, vous pouvez utiliser le formulaire ci-joint que vous remettrez à un soignant de votre Unité.

QUELQUES PRÉCISIONS

- Si vous l'avez autorisé, l'équipe hospitalière pourra être amenée, dans les strictes limites de ce qui est nécessaire, à faire connaître à votre personne de confiance des informations sur votre vie personnelle qui sont protégées par le secret professionnel. Il est important que vous indiquiez à vos interlocuteurs de l'équipe ce qui doit demeurer confidentiel, même à l'égard de la personne que vous aurez choisie.
- La désignation d'une personne de confiance –qui n'est pas obligatoire- vaut pour le temps de l'hospitalisation ou, pour une période plus longue si vous le souhaitez. Vous pouvez à tout moment mettre fin à cette désignation auprès du personnel hospitalier ou désigner une autre personne de votre choix.

FORMULAIRE DE DESIGNATION/REVOCACTION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

article L. 1111-6 du Code de la Santé Publique)

Je soussigné(e)

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Souhaite :

Ne pas désigner de personne de confiance

Désigner la personne de confiance suivante :

Pour la durée de mon hospitalisation

Pour une durée illimitée (la décision étant révocable à tout moment)

M. Mme

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

N° de téléphone : _____

Adresse : _____

E-Mail : _____

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

Annule la désignation de M., Mme _____ en qualité de personne de confiance

J'ai fait part à ma personne de confiance 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**

J'ai été informé(e) que je pouvais révoquer ou modifier ma personne de confiance à tout moment. Je m'engage dans ce cas, à en informer l'établissement par écrit.

Fait à _____ le _____

Signature du patient

Cadre réservé à la personne de confiance

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en tant personne de confiance et l'accepter.

Fait à _____ le _____

Signature

M., Mme.....

n'est pas en état de désigner une personne de confiance.

Nom :..... Fonction :.....

Date :..... Signature :



PERSONNE DE CONFIANCE (CAS PARTICULIER)

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance, deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.



Témoign 1 :

Je soussigné(e),

M. Mme

Nom :

Prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

.....

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M.....

• que M..... lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : **oui non**

• que M..... lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : **oui non**

Fait à : Le :

Signature :



Témoign 2 :

Je soussigné(e),

M. Mme

Nom :

Prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

.....

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M.....

• que M..... lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : **oui non**

• que M..... lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : **oui non**

Fait à : Le :

Signature :