



À l'occasion de vos soins
vous pouvez être assisté(e)
**d'une personne
de confiance**



12/14, rue du Val d'Osne
94410 Saint-Maurice
Tél. : 01 43 96 61 61 (santé mentale)
Tél. : 01 43 96 63 63 (Insuffisance rénale et Soins de suite)
Tél. : 01 43 96 60 68 (Maternité)

www.hopitaux-saint-maurice.fr

**Vous êtes majeur(e),
Vous ne bénéficiez pas d'une mesure de tutelle,
Vous recevez des soins ou allez en bénéficiant...**

Durant cette période, il vous est possible 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 le service de soins considérera comme votre "personne de confiance", pourra, si vous en faites la demande, assister aux entretiens médicaux et vous aider à formuler vos souhaits.

Cette désignation est utile

- Votre état de santé ne vous permettra peut-être pas toujours, pendant la durée de vos soins, de faire connaître aux personnes qui vous soignent votre avis ou les décisions que vous souhaitez prendre pour vos soins.
- Si vous ne pouvez les exprimer, votre personne de confiance sera consultée par l'équipe et pourra lui donner des indications sur votre façon de voir les choses.
- Avant toute intervention ou investigation importante, les précisions ainsi recueillies pourront guider les médecins dans les choix thérapeutiques.
- Si vous avez rédigé des directives anticipées exprimant vos souhaits relatifs à votre fin de vie pour la limitation ou l'arrêt de traitement, vous pouvez les confier à votre personne de confiance.
- Votre personne de confiance pourra vous accompagner si vous êtes hospitalisé(e) sans consentement, lors des sorties autorisées n'excédant pas 12 heures.

Modalité de désignation d'une personne de confiance

- Désigner une personne de confiance n'est pas une obligation.
- Ce doit être une décision bien réfléchie, sans précipitation.
- Cela se fait par écrit par exemple à l'aide du formulaire ci-contre.
- La désignation peut être annulée à tout moment (par écrit de préférence).
- Elle peut être remplacée ultérieurement par la désignation d'une autre personne, à votre demande.
- Elle est valable pour la durée de vos soins, et pour plus longtemps si vous le souhaitez.

Il vous revient d'en informer la personne que vous aurez choisie et d'obtenir bien sûr son accord. Il est recommandé qu'elle atteste de son accord en contresignant le formulaire de désignation.

Toutes les décisions que vous prendrez à ce sujet figureront dans votre dossier médical. Vous serez libre de décider que certaines informations que vous jugerez confidentielles ne devront pas être données par l'équipe à votre personne de confiance : vous devrez alors nous l'indiquer précisément.

Ce que la personne de confiance n'est pas

- Elle n'est pas le représentant, ni le mandataire du patient.
- Elle ne se substitue pas au patient ni à son consentement
- Elle a un rôle consultatif et non décisionnel.
- Elle n'a pas accès au dossier médical

Le médecin peut refuser la présence de la personne de confiance lors des consultations et/ou de ses examens médicaux.

Partie à conserver par le patient

Formulaire de désignation d'une personne de confiance (à remplir par vos soins et à remettre à l'équipe qui vous suit)

Désignation d'une personne de confiance
(Art. L. 1111-6 du code de la santé publique)

Je, soussigné(e) (*nom, prénom, adresse, date de naissance*)

.....
.....
.....

Désigne M., M^{me}, M^{lle} (*nom, prénom, adresse, tél., fax, e-mail*)

.....
.....
.....

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

.....
.....

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance pendant la durée des soins.

J'ai bien noté que M., M^{me}, M^{lle}

- Pourra m'accompagner, à ma demande, dans mes démarches dans le service de soins et pourra assister aux entretiens médicaux (si le médecin l'autorise) afin de m'aider dans mes décisions.
- Sera informé(e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord.
- Ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin.
- Pourra être consulté(e) par l'équipe au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins, ni de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.

Je peux mettre fin à cette désignation à tout moment et par tout moyen.

Visa de la personne désignée Fait à

Le

Signature :

Partie à conserver dans le dossier patient

