

# NOTE SUR LA POSSIBILITÉ DE DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE



**Il vous appartient d'informer la personne de confiance de la responsabilité que vous lui confiez et de la nature de l'assistance qui lui est demandée. Assurez-vous de son accord.**

## Madame, Monsieur,

Vous êtes hospitalisé(e) ou hébergé(e) dans un service du Groupe Hospitalier Seclin Carvin et vous souhaitez être accompagné(e) dans vos démarches. La loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades vous autorise à désigner une personne de confiance. Cette désignation qui est facultative, doit être réalisée par écrit et figure dans votre dossier médical.

Elle ne peut être faite que par une personne majeure qui n'est pas sous tutelle.

Cette personne de confiance est librement choisie par vous-même. Il s'agit d'une personne majeure, suffisamment proche de vous pour connaître vos convictions, et à qui vous faites confiance (*membre de votre famille, un ami, votre médecin traitant*).

La mission de cette personne de confiance est définie par vous-même. Elle pourra, selon votre souhait :

- Vous accompagner pour toutes vos démarches dans l'hôpital,
- Assister aux entretiens médicaux pour vous aider dans vos décisions pour consentir à des actes médicaux.

**La personne de confiance pourra être consultée par le médecin si l'évolution de votre état de santé ne vous permet pas d'exprimer vous-même votre volonté, ni de recevoir l'information nécessaire à votre prise en charge, avant toute intervention ou investigation ou éventuellement avant toute participation à un protocole de recherche biomédicale.**

## Comment désigner la personne de confiance ?

Vous devez remplir le formulaire au verso. Cette désignation est valable pour toute la durée de votre hospitalisation sauf choix contraire de votre part.

**Remarque :** cette désignation peut-être remplacée ultérieurement par la désignation d'une autre personne, à votre demande.

Vous pourrez à tout moment révoquer ce choix.

## Personne de confiance et personne à prévenir

En entrant à l'hôpital on vous demande d'indiquer la personne à prévenir en cas de besoin. Cette personne à prévenir n'a pas le même rôle que la personne de confiance. La personne de confiance est désignée par un écrit signé de votre part. Elle doit pouvoir être présente à vos côtés chaque fois que vous le souhaitez.

## Droits et devoirs de la personne de confiance

Le médecin et l'équipe soignante de l'EHPAD/USLD sont soumis au secret professionnel et ne peuvent en principe pas délivrer d'information médicale aux autres membres de la famille. Si ces derniers souhaitent avoir des nouvelles du résident, ils doivent donc prendre contact avec la personne de confiance.

La personne de confiance peut assister aux entretiens médicaux. Toutefois, ces entretiens sont organisés par le médecin, en fonction de ses obligations. Sauf urgence, ils ont donc lieu sur RDV, pris à l'accueil de l'EHPAD/USLD.

La personne de confiance doit s'adresser au médecin pour obtenir des informations sur l'état de santé du résident. Seul le médecin est habilité à lui délivrer des informations sur les diagnostics et actes médicaux qui le concernent ainsi que sur les actes accomplis, sur sa prescription, par des auxiliaires médicaux (Infirmiers, Aides-Soignants, Kinésithérapeutes etc.).

L'infirmier peut toutefois délivrer à la personne de confiance certaines informations sur ce qui relève de son rôle propre, c'est-à-dire sur les actes qu'il est autorisé à accomplir seul (prise de température, de la tension, courbes de poids...), en dehors de toute prescription médicale.

# NOTE SUR LA POSSIBILITÉ DE DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE



Coller ici l'étiquette patient avec le nom de la personne à prévenir.

Je soussigné(e) (nom, prénom) : .....

Hospitalisé(e) ou hébergé(e) au sein du Groupe Hospitalier Seclin Carvin : (Cochez l'une des 3 cases)

désigne la même personne que celle à prévenir en cas de besoin (**Personne inscrite ci dessus**).

désigne une autre personne dont je précise les coordonnées ci dessous :

Nom, Prénom : .....

Adresse : .....

.....

..... Numéro de téléphone : .....

lien avec le patient : .....

ne souhaite pas désigner de personne de confiance pour la durée de mon séjour.

## EN CAS DE DÉSIGNATION

J'autorise cette personne de confiance à m'accompagner dans mes démarches, à assister aux entretiens médicaux. J'ai bien noté qu'elle pourra être consultée par le médecin responsable au cas où je serais hors d'état d'exprimer ma volonté et de recevoir directement une information médicale.

La désignation en qualité de personne de confiance est valable pour la durée de mon hospitalisation, sauf mention spécifique de ma part : .....

.....

Je note qu'il m'appartient :

- d'informer la personne de confiance de la responsabilité qui lui est confiée et de la nature de l'assistance qui lui est ainsi demandée et **m'assure de son accord pour cette mission**.
- d'informer l'équipe soignante si je souhaite révoquer la personne désignée lors de mon séjour.

Pour valoir ce que de droit.

Signature :

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

Nom, Prénom du patient/résident :

En date du ..... je décide de révoquer la désignation de Mademoiselle, Madame, Monsieur, ....., comme personne de confiance et désigne à la place

Mademoiselle, Madame, Monsieur .....

Signature :