

Madame, Monsieur,

Vous allez être hospitalisé(e) ou hébergé(e) dans un service du GHSC. Si vous le souhaitez, vous avez la possibilité de désigner une personne de confiance. Vous avez le droit de :

1. Désigner une personne de confiance pour vous aider à prendre des décisions concernant votre santé lorsque vous êtes hospitalisé dans un établissement de santé
2. Désigner une personne de confiance pour vous accompagner dans vos démarches lorsque vous êtes hébergé(e) dans un établissement social ou médico-social (EHPAD, foyer de vie)
3. Faire le choix de ne pas désigner de personne de confiance

La personne de confiance peut être identique dans le secteur sanitaire et les secteurs social et médico-social.

Quel est le rôle de la personne de confiance ?

A l'hôpital, la mission de la personne de confiance **concerne votre santé**. Elle peut, si vous le souhaitez :

- Vous accompagner pour toutes vos démarches au sein de l'hôpital
- Assister aux entretiens médicaux pour vous aider dans les décisions qui concernent votre santé

Votre personne de confiance aura un rôle de référent si l'évolution de votre état de santé ne vous permet plus d'exprimer vous-même votre volonté. Le médecin lui donnera l'information nécessaire à votre prise en charge et elle sera chargée de témoigner de vos souhaits, volontés et convictions. **Son témoignage prévaudra sur tout autre témoignage** (famille, proches...).

Elle peut conserver vos directives anticipées si vous les avez rédigées.

Sa désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, sauf si vous en décidez autrement.

Si vous êtes hébergé(e) en EHPAD ou au foyer de vie, la personne de confiance peut, si vous le souhaitez, vous accompagner. L'établissement qui vous accueille peut également la consulter si vous rencontrez des difficultés **dans la connaissance et la compréhension de vos droits**. La personne de confiance peut vous aider mais c'est vous qui prenez la décision.

Vous pouvez lui confier vos directives anticipées si vous les avez rédigées.

Sa désignation est valable sans limitation de durée, sauf si vous en décidez autrement.

La personne de confiance a un devoir de confidentialité concernant les informations médicales qu'elle a pu recevoir. Elle n'a pas le droit de les révéler à d'autres personnes.

Qui peut être la personne de confiance ?

Vous choisissez librement la personne. Il faut qu'elle soit majeure, suffisamment proche de vous pour connaître vos convictions et que ce soit quelqu'un à qui vous faites confiance. Cela peut être un membre de votre famille, un ami, votre médecin traitant.

Comment désigner la personne de confiance ?

La désignation se fait par écrit. Elle doit cosigner le formulaire de désignation.

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.

Vous pouvez à tout moment désigner une autre personne de confiance ou revenir sur votre décision.

Si vous bénéficiez d'une mesure de protection juridique avec représentation ou assistance relative à la personne, vous pouvez désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille. Toutefois, dans le cas où vous bénéficiez d'une mesure de protection juridique avec assistance relative à la personne, vous pouvez désigner une personne de confiance sans autorisation préalable uniquement pour les décisions qui concernent votre santé.

Si vous ne pouvez pas écrire, deux personnes peuvent attester que la personne de confiance que vous désignez est bien l'expression de votre volonté.

Formulaire de désignation d'une personne de confiance

Coller ici l'étiquette patient

Cadre réservé au médecin du service :

Patient/résident dans l'incapacité cognitive de désigner une personne de confiance

Commentaires : _____

Nom et signature du médecin : _____

Je soussigné(e) (nom, prénom).....

Hospitalisé(e) ou hébergé(e) au sein du Groupe Hospitalier Seclin Carvin : (Cochez l'une des 2 cases)

Je désigne la personne de confiance suivante :

Nom, Prénom

Adresse :

Numéro de téléphone : / / / /

Lien avec le patient/résident :

Cette personne possède un exemplaire de mes directives anticipées : Oui Non

Si non, je lui ai fait part de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : Oui Non

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

EN CAS DE DESIGNATION

Si je suis hospitalisé(e) en établissement de santé :

Je souhaite que la personne de confiance désignée ci-dessus m'accompagne pour prendre des décisions concernant ma santé. Je la désigne pour la durée de mon hospitalisation. Rappel : je peux la révoquer à tout moment.

ou

Si je suis hébergé(e) dans un établissement social (foyer de vie) ou médico-social (EHPAD) :

Je souhaite que la personne de confiance désignée ci-dessus m'accompagne lorsque je rencontre des difficultés dans la connaissance et la compréhension de mes droits.

Je souhaite aussi que la personne de confiance désignée ci-dessus m'accompagne pour prendre des décisions concernant ma santé si je suis hospitalisé(e).

(Si la personne de confiance n'est pas physiquement en mesure de signer le formulaire, cochez cette case) :

J'atteste avoir informé la personne désignée ci-dessus des missions que je lui confie. Elle m'a donné son accord pour être ma personne de confiance.

Fait à, le / /

Signature patient ou résident/des témoins (noms/prénoms)¹ : Signature de la personne de confiance:

EN CAS DE REVOCATION

Je décide de révoquer la désignation de la personne de confiance mentionnée ci-dessus.

Fait à, le / /

Signature patient ou résident/des témoins (noms/prénoms)¹:

¹En cas d'impossibilité physique d'écrire, signature des deux témoins.