



PERSONNE À PRÉVENIR

À remplir obligatoirement

Nom et prénom :

N° de téléphone :

Lien de parenté :

PERSONNE DE CONFIANCE

Réservé aux patients majeurs et capables

En application de la loi n° 2002.303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L1111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

LA DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE EST UN DROIT POUR LE PATIENT, PAS UNE OBLIGATION

- Je soussigné(e),

Nom : Nom de naissance :

Prénom(s) :

Date de naissance : Lieu de naissance :

ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Je reconnais avoir été informé de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment, je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de désignation ou sur papier libre.

souhaite désigner comme personne de confiance : (Peut être la même personne que la personne à prévenir)

Nom : Nom de naissance :

Prénom(s) : Date de naissance :

Adresse :

Téléphone(s) :

Cette personne de confiance, légalement capable, est : Un proche Un parent Médecin traitant

Autre :

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.

Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

Fait à le / /

Signature du patient

Cadre réservé à la personne de confiance

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance

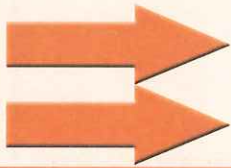
Signature de la personne de confiance

Fait à le / /



LE SAVIEZ-VOUS ?

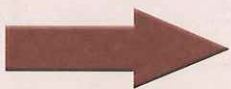
RÔLE DE LA PERSONNE À PRÉVENIR



La personne à prévenir est **habilitée à recevoir des informations notamment liées à votre hébergement et est informée en cas d'urgence ou de la survenue d'un événement inattendu.**

Si vous êtes un jour hors d'état d'exprimer votre volonté, sa voix ne l'emportera pas sur la voix de vos autres proches. Elle ne pourra pas recevoir d'informations confidentielles vous concernant.

RÔLE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE



Si vous êtes en état de vous exprimer :

Votre personne de confiance aura pour mission de vous accompagner dans vos démarches clefs, si vous le souhaitez. Elle ne pourra pas avoir accès à des informations vous concernant sans votre consentement.



Si vous êtes un jour hors d'état d'exprimer votre volonté :

Votre personne de confiance sera alors votre porte-parole et sera la personne consultée en priorité par l'équipe médicale. Elle sera notamment interrogée sur vos volontés en matière de mise en œuvre, poursuite ou l'arrêt de traitements. Elle recevra les informations nécessaires à l'expression de VOS SOUHAITS.

◆ Qui peut être désigné « Personne de confiance » ?

Vous pouvez désigner :

- Toute personne majeure, légalement capable, en qui vous avez une entière confiance
- ET qui accepte cette mission que vous lui confiez (**sa signature est indispensable**).

Nous vous invitons à lui communiquer vos souhaits relatifs à la limitation ou l'arrêt de traitements dans une situation de fin de vie proche ET, si vous les avez rédigées, à lui laisser une copie de vos directives anticipées.

◆ Quand désigner ma personne de confiance ?

Vous pouvez désigner la personne de confiance à tout moment de votre vie (à partir de votre majorité).

Vous pouvez changer d'avis. Pour cela il suffit de demander un nouveau document de désignation ou l'inscrire sur papier libre (date, signature, coordonnées personnelles).

La désignation vaut pour la durée de l'hospitalisation.