

Désignation de la personne de confiance

(Au sens de l'article L111-6 du Code de la santé publique)

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance parmi son entourage : c'est une personne majeure en qui on a confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission : un parent, un proche ou son médecin traitant. Elle peut être la même personne (ou non) que celle désignée comme « référent familial ».

ETIQUETTE PATIENT

Le référent familial n'a pas accès aux informations médicales vous concernant et ne participe pas aux décisions médicales.**Quelle est la différence entre la personne de confiance et le référent familial ?**

L'accès au dossier médical ne peut pas être demandé par le référent familial mais peut l'être par **votre personne de confiance (à la seule condition d'avoir fait une procuration en ce sens)**.

Le « référent familial » ou « la personne de confiance » est contacté par l'équipe soignante en cas d'événements particuliers d'ordre organisationnel ou administratif au cours de votre séjour.

En quoi la personne de confiance peut-elle m'être utile ?

Dans l'hypothèse où votre état de santé ne vous permet plus de faire part de vos décisions, l'équipe médicale qui vous prend en charge consultera en priorité la personne de confiance que vous aurez désignée. Elle s'exprime alors en votre nom et selon vos souhaits. Vous pouvez en outre lui confier vos directives anticipées. Dans le cadre de la procédure collégiale encadrant les décisions de limitation ou d'arrêt des traitements en fin de vie, l'avis de la personne de confiance sera pris en compte par l'équipe médicale mais, en dernier lieu, c'est au médecin qu'il reviendra de prendre la décision concernant votre santé.

 JE SOUHAITE DESIGNER COMME PERSONNE DE CONFIANCE : Madame Monsieur Indéterminé

NOM de naissance :NOM d'usage :

PRENOM :

ADRESSE :

VILLE : CODE POSTAL :

TELEPHONE :

Cette personne est : un proche un parent une protection juridique (tutelle/curatelle/sauvegarde...)

Lien de parenté :

Je lui ai fait part 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 **JE NE SOUHAITE PAS DESIGNER DE PERSONNE DE CONFIANCE****SI LE PATIENT EST DANS L'INCAPACITE OU REFUSE DE DESIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE :**

Dans ce cas, la personne référente est :

Cette personne est : un proche un parent (lien de parenté) :

Adresse :N°

 une protection juridique : NOM / PRENOM :

ORGANISME :

Fait à :Le/...../.....

Signature du patient (ou son représentant) :