

# LA PERSONNE DE CONFIANCE



## *A quoi sert une personne de confiance ?*

- **À pouvoir vous accompagner dans vos démarches et décisions à prendre concernant votre prise en charge médicale. Elle peut assister avec vous aux entretiens médicaux (vous décidez des informations qui lui seront transmises).**
- **À vous aider à rédiger vos directives anticipées.**
- **À transmettre vos souhaits si vous ne pouvez plus vous exprimer**

**S**elon l'article L1111-6 du Code de la Santé Publique, issu de la Loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé :

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance **ÇA** qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où la personne elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. »

### *Qui peut désigner une personne de confiance ?*

Toute personne majeure bénéficiaire de soins qui n'est pas sous tutelle.

La libre désignation de la personne de confiance n'est pas une obligation mais un DROIT pour le patient.

### *Qui peut être ma personne de confiance ?*

La loi ne l'indique pas, mais donne des possibilités : un parent, un proche ou le médecin traitant. Seule obligation, qu'elle soit majeure.

Conseils : désignez une personne avec qui vous avez une vision proche de la qualité et de la fin de vie (ou tout du moins à qui vous avez relaté vos souhaits et sur qui vous pouvez compter pour les transmettre fidèlement).

La personne de confiance est unique. Elle n'est pas n'importe qui et ne peut pas se désigner elle-même.

### *Comment désigner ma personne de confiance ?*

Par écrit, document daté et signé (inséré dans votre dossier).

### *Quand désigner ma personne de confiance ?*

Dès le début de votre prise en charge. Vous pouvez aussi le faire dans un 2<sup>o</sup> temps.

### *Combien de temps est valable ma désignation ?*

Le temps de l'hospitalisation (ou plus longtemps si vous le désirez). Cette désignation est révocable à tout moment.

### *La personne à qui je compte confier cette responsabilité peut-elle refuser ?*

Vous devez informer la personne de confiance pressentie de votre choix et de ses missions. Elle a la possibilité de refuser.

## JE DESIGNE MA PERSONNE DE CONFIANCE

### Je soussigné(e) :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### Désigne comme personne de confiance de :

Pour cette prise en charge

A chaque prise en charge

Nom : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_

En qualité de : famille          entourage          médecin traitant

autres (précisez) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Et m'engage à l'informer de cette désignation et de ses missions.

Date..... Signature

Je peux révoquer à tout moment ma personne de confiance en demandant le formulaire dédié auprès d'un soignant du Centre Hospitalier de la Haute Gironde.

## JE NE SOUHAITE PAS DESIGNER DE PERSONNE DE CONFIANCE

### Je soussigné(e)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**Certifie** avoir été informé(e) de la possibilité de désigner une personne de confiance et ne souhaite pas en désigner.

Date : \_\_\_\_\_ Signature

## J'ACCEPTÉ D'ÊTRE LA PERSONNE DE CONFIANCE

### Je soussigné(e)

**Nom :** \_\_\_\_\_

**Prénom :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

**Téléphone :** \_\_\_\_\_

### Accepte ma désignation en qualité de personne de confiance de :

**Nom :** \_\_\_\_\_

**Prénom :** \_\_\_\_\_

**Certifie avoir été Informé(e) sur ma mission et ses limites. Ainsi, être personne de confiance ne me donne pas le droit :**

- d'exiger d'être informé(e) sur l'état de santé de la personne qui m'a désigné(e).
- d'accéder à son dossier médical.
- de divulguer les informations reçues à d'autres personnes.

**Dans tous les cas, c'est le patient qui vous a désigné(e) qui décide des informations nécessaires à votre rôle d'aide. Vous devrez garder secret tout ce que vous apprendrez au sujet de son état de santé.**

**Date** \_\_\_\_\_

**Signature**