

La désignation d'une personne de confiance

(pour une personne majeure hospitalisée)

- n'est pas une obligation
- doit être une décision bien réfléchie, sans précipitation
- peut être annulée à tout moment (par écrit de préférence)
- peut être remplacée ultérieurement par la désignation d'une autre personne, à votre demande
- est valable pour la durée de l'hospitalisation, et pour plus longtemps si vous le souhaitez.

Vous serez toujours libre de décider que certaines informations, que vous jugerez confidentielles, ne devront pas être données par l'équipe hospitalière à votre personne de confiance. Vous devrez alors nous l'indiquer précisément. Toutes les décisions que vous prendrez à ce sujet figureront dans votre dossier médical

Je souhaite désigner une personne de confiance

Je ne souhaite pas une personne de confiance

DESIGNATION d'une personne de confiance -----
(loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades)

Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse, date de naissance) :

.....
.....

désigne M, Mme, Mlle (nom, prénom, adresse, tél, fax, e-mail) :

.....
.....

lien avec le patient (parent, proche, médecin traitant) :

.....

pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance

pour la durée de mon hospitalisation à

l'hôpital service

J'ai bien noté que M, Mme, Mlle

.....

- pourra être consulté(e) par l'équipe hospitalière au cas où je ne serai pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire.

Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ne pourra être réalisée sans consultation préalable

- qu'à ma demande, il (elle) m'accompagnera dans mes démarches à l'hôpital et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes choix concernant ma santé
- que les informations que je juge confidentielles et que j'aurai indiquées au médecin ne seront pas communiquées à la personne de confiance
- qu'il me revient de l'informer de cette désignation et de m'assurer de son accord
- que je pourrai mettre fin à cette désignation à tout moment et par tout moyen.

Fait à :

Le :

Signature

ACCORD -----

Je soussigné(e)

(nom, prénom, date de naissance adresse, tél, fax, e-mail) :

.....

.....

donne mon accord pour assister M, Mme, Mlle
(nom, prénom, adresse, date de naissance) :

.....

.....

en qualité de personne de confiance

pour la durée de son hospitalisation à l'hôpital

Fait à :

Le :

Signature