

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

(Article L.1111-6 du Code de la Santé Publique)

Vous venez de faire appel aux services de l'Association **Santé Aujourd' hui**.

Nous vous informons de la possibilité de désigner une « **personne de confiance** ».

Qu'est ce qu'une personne de confiance ?

Il s'agit d'une personne majeure, suffisamment proche de vous pour connaître vos convictions, et à qui vous faites confiance (un membre de votre famille, un ami, un voisin, votre médecin traitant).

Cela n'empêche pas que vous puissiez désigner une ou plusieurs autre(s) personne(s) à prévenir en cas de besoin.

En effet, si vous le souhaitez, cette personne pourra vous aider dans les démarches à accomplir et assister à vos entretiens afin de vous conseiller dans les meilleurs choix thérapeutiques à adopter.

Sa présence pourra également s'avérer indispensable si vous ne deviez plus être en mesure de recevoir les informations médicales, ni consentir à des actes thérapeutiques.

Elle deviendrait alors un interlocuteur privilégié et serait la seule personne consultée par l'équipe médicale qui pourrait adapter au mieux le traitement en fonction des impératifs médicaux et de vos convictions.

Cette désignation est facultative, elle doit être faite par écrit et figure dans votre dossier de soins.

Elle dure le temps de votre prise en charge par l'association. Néanmoins, elle est révocable à tout moment par écrit : il vous suffit d'en avertir le personnel soignant et de désigner, le cas échéant, une nouvelle personne de confiance.

Si le patient ne sait ni lire ni écrire, et si il souhaite faire le choix d'une personne de confiance, l'infirmière référente remplira le formulaire de désignation de la personne de confiance sous la dictée du patient. Il en sera porté mention par écrit sur le formulaire.

FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Exemplaire destiné au patient

Je soussigné(e) Mme, Mlle, M. :
Demeurant :
Téléphone :

- déclare avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et ne pas souhaiter en désigner une.
- Déclare avoir reçu l'information sur la personne de confiance et souhaite désigner :

Mme, Mlle, M. :
Demeurant :
Téléphone :
Lien avec le patient :

pour m assister en cas de besoin, en qualité de personne de confiance pendant la durée de ma prise en charge par l'Association Santé Aujourd'hui.

J'ai bien noté que : Mr, Mme, Melle :

- pourra être consulté par l'équipe soignante au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins, ou de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Ainsi, et sauf cas d'urgence ou d'impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.

- m'accompagnera, à ma demande, dans mes démarches administratives, et pourra assister aux différents entretiens, ceci afin de m'aider dans mes décisions.

- recevra, en cas de diagnostic ou pronostic grave, les informations nécessaires destinées à lui permettre de m'apporter un soutien direct.

J'ai bien noté :

- que, si j'en fais la demande expresse à l'équipe soignante, les informations que je juge confidentielles ne seront pas communiquées à la personne de confiance.

- qu'il me revient de l'informer de cette désignation.

- que je pourrais mettre fin à cette désignation à tout moment, et qu'il suffirait de retourner ce document à l'association, rayé, signé, daté, et portant la mention « annulé ».

- que ce document sera établi en 3 exemplaires : un pour l'association, un pour la personne désignée et un exemplaire pour moi.

Fait à :

Le :

Signature :

FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Exemplaire destiné à la personne de confiance

Je soussigné(e) Mme, Mlle, M. :
Demeurant :
Téléphone :

- déclare avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et ne pas souhaiter en désigner une.
- Déclare avoir reçu l'information sur la personne de confiance et souhaite désigner :

Mme, Mlle, M. :
Demeurant :
Téléphone :
Lien avec le patient :

pour m assister en cas de besoin, en qualité de personne de confiance pendant la durée de ma prise en charge par l'Association Santé Aujourd'hui.

J'ai bien noté que : Mr, Mme, Melle :

- pourra être consulté par l'équipe soignante au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins, ou de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Ainsi, et sauf cas d'urgence ou d'impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.

- m'accompagnera, à ma demande, dans mes démarches administratives, et pourra assister aux différents entretiens, ceci afin de m'aider dans mes décisions.

- recevra, en cas de diagnostic ou pronostic grave, les informations nécessaires destinées à lui permettre de m'apporter un soutien direct.

J'ai bien noté :

- que, si j'en fais la demande expresse à l'équipe soignante, les informations que je juge confidentielles ne seront pas communiquées à la personne de confiance.

- qu'il me revient de l'informer de cette désignation.

- que je pourrais mettre fin à cette désignation à tout moment, et qu'il suffirait de retourner ce document à l'association, rayé, signé, daté, et portant la mention « annulé ».

- que ce document sera établi en 3 exemplaires : un pour l'association, un pour la personne désignée et un exemplaire pour moi.

Fait à :

Le :

Signature :

FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Exemplaire destiné à l'Association Santé aujourd'hui

Je soussigné(e) Mme, Mlle, M. :

Demeurant :

Téléphone :

- déclare avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et ne pas souhaiter en désigner une.
- Déclare avoir reçu l'information sur la personne de confiance et souhaite désigner :

Mme, Mlle, M. :

Demeurant :

Téléphone :

Lien avec le patient :

pour m assister en cas de besoin, en qualité de personne de confiance pendant la durée de ma prise en charge par l'Association Santé Aujourd'hui.

J'ai bien noté que : Mr, Mme, Melle :

- pourra être consulté par l'équipe soignante au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins, ou de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Ainsi, et sauf cas d'urgence ou d'impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.

- m'accompagnera, à ma demande, dans mes démarches administratives, et pourra assister aux différents entretiens, ceci afin de m'aider dans mes décisions.

- recevra, en cas de diagnostic ou pronostic grave, les informations nécessaires destinées à lui permettre de m'apporter un soutien direct.

J'ai bien noté :

- que, si j'en fais la demande expresse à l'équipe soignante, les informations que je juge confidentielles ne seront pas communiquées à la personne de confiance.

- qu'il me revient de l'informer de cette désignation.

- que je pourrais mettre fin à cette désignation à tout moment, et qu'il suffirait de retourner ce document à l'association, rayé, signé, daté, et portant la mention « annulé ».

- que ce document sera établi en 3 exemplaires : un pour l'association, un pour la personne désignée et un exemplaire pour moi.

Fait à :

Le :

Signature :