

 Centre Hospitalier Comminges Pyrénées  HÔPITAUX DE LUCHON	Formulaire de traçabilité (Word)		ADMIS-FORM-001
	FICHE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE		Version 1
			Date d'application : 11/04/2024
Établissements : ☒ CHCP ☐ HDL	Rédaction : Ballois Aurélie	Validation : Ballois Aurélie (09/04/2024)	Approbation : Mugnier Bernard (11/04/2024)

Coller l'étiquette d'identification du patient

En application de la loi n°2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L1111-6, toute personne majeure peut désigner une personne de confiance 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."

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom (s) :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone (s) :

Fax/e-mail :

Admis au sein du Centre Hospitalier de Saint Gaudens en vue de :

☐ Hospitalisation

☐ Actes ambulatoires

☐ Soins Externes

☐ Urgences

A compter du :

et pour la durée du traitement.

☐ Je 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 en remplissant la présente fiche de désignation.

☐ Je souhaite désigner comme personne de confiance, pour toute la durée de mon séjour/traitement

☐ Monsieur

☐ Madame

☐ Mademoiselle

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom (s) :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone (s) :

Fax/e-mail :

Cette personne de confiance légalement capable est :

☐ Un proche

☐ Un parent

☐ Mon médecin traitant

Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches : ☐ Oui ☐ Non

Je souhaite qu'elle assiste aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions : ☐ Oui ☐ Non

Je peux révoquer cette nomination à tout moment en remplissant à nouveau la fiche de désignation.

☐ Je souhaite révoquer M. ou Mme _____ comme personne de confiance.

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 :

Fait à

Le

Signature

NOTICE D'INFORMATION SUR LA DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Madame, Monsieur,

Vous venez d'être admis à l'hôpital et allez y séjourner.

Vous souhaitez être accompagné(e) dans vos démarches à l'hôpital.

La loi du 4 mars 2002 vous donne la possibilité de désigner « une personne de confiance ».

- **Les missions de la 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 famille, un ami ou un voisin, votre médecin traitant).

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

La personne de confiance pourra, selon votre souhait :

- Vous accompagner pour toutes vos démarches à accomplir dans l'hôpital.
- Assister à vos entretiens médicaux 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.

En aucun cas la personne de confiance ne se substitue au patient, et le secret médical demeure :

Les informations que vous jugez confidentielles et que vous auez indiquées au médecin ne seront pas communiquées à la personne de confiance. Elle ne pourra par ailleurs accéder à votre dossier médical en dehors de votre présence et sans votre accord exprès.

- **Modalité de désignation :**

Cette désignation est facultative, mais c'est un droit pour le patient. Elle doit être faite par écrit et figure dans votre dossier médical.

Elle dure le temps de votre hospitalisation. Néanmoins, elle est révocable à tout moment par écrit ; il vous suffit d'en avvertir le personnel hospitalier et de désigner, le cas échéant, une nouvelle personne de confiance.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez vous adresser au service des admissions et au médecin ou cadre soignant responsables du service dans lequel vous êtes hospitalisé.

Article L.111-6 du code de la santé publique

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où 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.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement ».