

Personne de Confiance

Prenez la bonne décision

Pendant votre séjour, il vous est possible de désigner une personne de confiance, librement choisie par vous et en qui vous avez toute confiance, pour vous accompagner tout au long des soins et des décisions à prendre. Cette « personne de confiance » pourra, si vous en faites la demande, assister aux entretiens médicaux et vous aider à formuler vos souhaits.



► Cette désignation peut être utile

- Votre état de santé ne vous permettra peut-être pas toujours, pendant la durée de votre hospitalisation, de faire connaître votre avis, ou les décisions que vous souhaitez prendre pour votre santé, aux personnes qui vous soignent.
- Si vous ne pouvez les exprimer, la personne de confiance que vous aurez désignée sera consultée par l'équipe hospitalière et pourra lui donner des indications sur vos souhaits.
- Avant toute intervention ou investigation importante, les précisions ainsi recueillies pourront guider les médecins dans leurs choix thérapeutiques.

► Désigner une personne de confiance

- N'est pas une obligation
- Doit être une décision prise après réflexion et sans précipitation
- Se fait par écrit
- Peut être révoquée 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 ou pour plus longtemps si vous le souhaitez.

Il vous appartient d'informer la personne que vous aurez choisie et d'obtenir son accord. Toutes les décisions que vous prendrez à ce sujet figureront dans votre dossier médical. Vous serez libre de décider que certaines informations, que vous jugerez confidentielles, ne soient pas communiquées par l'équipe hospitalière à la personne de confiance ; vous devrez alors nous l'indiquer précisément.



CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL
TOULON - LA SEYNE SUR MER

Étiquette patient (destinée au personnel du service)

■ Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Hospitalisé(e) dans le service de :

Conformément aux dispositions de la loi du 4 mars 2002,

■ Désigne M. / Mme

Nom :

Prénom :

N° Téléphone :

■ Comme personne de confiance pour :

- *Etre consultée dans le cas où je serais hors d'état d'exprimer une volonté,*
- *Recevoir les informations médicales me concernant et m'assister pour les décisions médicales.*

Date :

Signature du patient :

Décision révoquée le : / /

Signature :

Cette décision n'est pas applicable aux personnes sous tutelle, ni aux patients mineurs.