

DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

**À remettre à
l'infirmière
dans les 48h**

Dès votre admission, vous avez la possibilité de **désigner 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).

Cette personne pourra, si vous le souhaitez, 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 médical. Elle est valable pour toute la durée de votre hospitalisation. Néanmoins, elle est révoquée 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. **Merci de compléter la partie ci-dessous et remettre le document à l'infirmière dans les 48h suivant votre admission.**

* loi n° 2016-87 du 2 février 2016 + loi n° 2022-2023 du 4 mars 2002

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE *

Je soussigné(e), Mme, M. :

Né le : à :

Demeurant :

Étiquette Patient

Déclare :

☐ Avoir reçu l'information relative à la désignation d'une personne de confiance et **ne pas souhaiter en désigner**. Je sais que je pourrai le faire ultérieurement.

☐ Avoir reçu l'information relative à la désignation d'une personne de confiance et **désigne :**

Mme, Melle, M. :

Lien de parenté :

Demeurant :

Téléphone(s) :

☐ Ma personne de confiance ne peut pas se déplacer pour signer sa désignation mais elle a été informée de mon souhait de la désigner.

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

Fait le :

MON ESPACE SANTÉ : Afin de participer efficacement à votre prise en charge, notre équipe de soin consultera et alimentera votre Dossier Médical partagé de votre profil « Mon espace santé » en y déposant votre lettre de liaison à la sortie et vos ordonnances de sortie, qui pourront être consultées par les autres professionnels qui vous prennent en charge dans le cadre de cet épisode de soins.

Vous pouvez vous y opposer pour un motif légitime conformément à l'article R. 1111-47 du CSP.

☐ J'autorise la consultation et l'alimentation de Mon Espace Santé dans le cadre de ma prise en charge médicale

☐ Je m'oppose à la consultation et à l'alimentation de Mon Espace Santé

Préciser le motif légitime :

Signature du patient :