

Formulaire

DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

QU'EST-CE QU'UNE PERSONNE DE CONFIANCE ?

Conformément à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, vous pouvez, si vous le souhaitez et si vous êtes majeur, désigner une « personne de confiance ». La personne de confiance que vous désignez représente l'interlocuteur privilégié des professionnels de santé tout au long de votre prise en charge.

Elle est tenue de respecter la confidentialité des informations qui lui seront transmises vous concernant, et peut, selon vos souhaits :

- › partager le secret médical des informations vous concernant,
- › assister à vos côtés aux entretiens médicaux,
- › vous accompagner dans vos démarches et dans vos prises de décisions,
- › être consultée dans le cas où vous ne pourriez pas exprimer votre volonté,
- › être consultée dans le cas où vous ne pourriez pas recevoir une information.

QUI POUVEZ-VOUS DÉSIGNER COMME PERSONNE DE CONFIANCE ?

La personne de confiance doit être majeure. Elle peut être un membre de votre famille, un proche ou votre médecin traitant. Il vous appartient d'informer la personne que vous avez choisie et de lui faire signer ce formulaire. Cette désignation est facultative et n'est valable que pour la durée de cette hospitalisation. Elle doit être écrite et peut être révoquée à tout moment, à l'aide du formulaire de révocation disponible sur demande dans votre service de soins ou à l'accueil de l'établissement.

PERSONNE HOSPITALISÉE

FAIT LE :
À :
SIGNATURE(S) :

VOUS SOUHAITEZ DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE ?

Je soussigné(e) :

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance : / /

Sexe : F M

Téléphone :

Mail :

Adresse :

.....

Ville :

Code postal :

- Souhaite désigner une personne de confiance
 Ne souhaite pas désigner de personne de confiance

La personne de confiance que j'ai désignée est :

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance : / /

Sexe : F M

Téléphone :

Mail :

Adresse :

.....

Ville :

Code postal :

Cette personne est :

- Un membre de ma famille
 Un proche
 Mon médecin traitant

PERSONNE DE CONFIANCE

FAIT LE : À :
SIGNATURE(S) :

Formulaire

DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE À PRÉVENIR

QU'EST-CE QU'UNE PERSONNE À PRÉVENIR ?

Toute personne peut désigner une ou des « personne(s) à prévenir » pour son hospitalisation. La personne à prévenir est contactée par l'équipe médicale et soignante en cas de besoin ou d'évènement(s) particulier(s) au cours de votre séjour, qu'il soit d'ordre organisationnel ou administratif (transfert vers un autre établissement de santé, fin du séjour et sortie de l'établissement, ...). La personne à prévenir n'a pas accès à votre dossier ni aux informations médicales vous concernant, sauf procuration de votre part, et ne participe pas aux décisions médicales. Vous pouvez, au cours de votre hospitalisation ou à la fin de celle-ci demander à changer de personne(s) à prévenir, à l'aide du formulaire dédié disponible dans votre service de soins.

QUI POUVEZ-VOUS DÉSIGNER COMME PERSONNE À PRÉVENIR ?

La personne de confiance n'est pas forcément la personne à prévenir. Toutefois, une seule et même personne peut remplir ces deux fonctions. La personne à prévenir peut être un membre de votre famille, un proche ou votre médecin traitant. Il vous appartient d'informer la personne que vous avez choisie, de vous assurer de son accord et d'obtenir sa signature.

La désignation de la personne à prévenir est facultative et n'est valable que pour la durée de cette hospitalisation. Elle doit être écrite et peut être révoquée à tout moment, à l'aide du formulaire de révocation disponible dans votre service de soins.

PERSONNE HOSPITALISÉE

FAIT LE :
À :
SIGNATURE(S) :

VOUS SOUHAITEZ DÉSIGNER UNE PERSONNE À PRÉVENIR ?

- Je souhaite que ma personne de confiance soit également ma personne à prévenir
- Je ne souhaite pas désigner de personne à prévenir
- Je souhaite désigner une personne à prévenir différente de ma personne de confiance

La personne à prévenir que j'ai désignée est :

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance : / /

Sexe : F M

Téléphone :

Mail :

Adresse :

.....

Ville :

Code postal :

Cette personne est :

- Un membre de ma famille
- Un proche
- Mon médecin traitant

PERSONNE DE CONFIANCE

FAIT LE :
À :
SIGNATURE(S) :