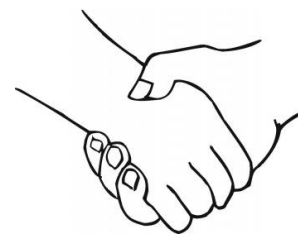


Désignation d'une personne de confiance

La PERSONNE DE CONFIANCE, c'est quoi ?!



C'est un **soutien**, une **aide** pour les patients/résidents. Il s'agit d'une personne majeure, suffisamment proche du patient/résident pour connaître ses **convictions** et à qui, ce dernier **fait confiance**. C'est un **interlocuteur privilégié** du personnel, qui contribue au **respect de la volonté** du résident/patient.

Quelles sont ces missions ?

- Accompagnement du patient/résident, s'il le souhaite aux différents entretiens médicaux
- Soutien dans vos prises de décisions
- Représentant dans l'expression de vos volontés de soins, au cas où vous seriez dans l'impossibilité de vous exprimer

Qui choisir ?

- Un parent
- Un proche
- Votre médecin traitant

Comment faire ?

- Déterminez avec la personne de confiance que vous avez choisi(e) l'étendue de sa participation
- Compléter le formulaire au dos de cette fiche avec la personne de confiance

Il s'agit d'un engagement moral, de solidarité, et d'assistance. Il peut être rompu à tout moment, tant par le patient/résident que par la personne de confiance.

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : « 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 d'aider dans ses décisions...

Lors de toute admission dans un établissement de santé, il est proposé à la personne de désigner un personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée du séjour, à moins que le malade n'en dispose autrement » (article L.1111-6 du Code de la santé publique).

Après avoir pris connaissance des éléments d'information figurant au verso de ce présent document :

N'est pas apte à désigner une personne de confiance.

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance et désire rester l'unique interlocuteur de l'équipe médicale et paramédicale. Cette dernière s'en remet à ma famille, le cas échéant à mes proches, si ma situation m'empêche d'exprimer ma volonté.

Fait à, le Signature

Je désigne la personne de confiance ci-dessous :

Patient / Résident	Personne de confiance
<p>Je soussigné(e) Nom : Prénom : Admis à l'EHPAD STP <input type="checkbox"/> à l'EHPAD STG <input type="checkbox"/> en Médecine <input type="checkbox"/> en SSR <input type="checkbox"/> de l'hôpital de proximité de l'île d'Oléron, le</p> <p>Désigne comme personne de confiance : Nom : Prénom : Coordonnées téléphoniques : Adresse : </p>	<p>Je soussigné(e) Nom : Prénom : Né(e) le Téléphone domicile : Téléphone portable :</p> <p>Accepte d'être la personne de confiance de Mme <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/></p> <p>Je m'engage à l'assister, à sa demande, dans son parcours médical, et à représenter ses volontés notamment au cas où il en serait empêché</p> <p>Je certifie avoir pris connaissance des buts de ma mission et de mon rôle et les avoir acceptés après en avoir discuté avec Mme <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/></p>

En application du présent document, nous attestons avoir préalablement discuté ensemble des volontés du patient / résident à propos de sa santé et en fonction de son évolution.

Fait à :

Le

Signature :

Fait à :

Le

Signature :

Révocation	Désengagement
<p><input type="checkbox"/> Je révoque la personne de confiance Mme <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/></p> <p>Fait à : Le : Signature</p>	<p><input type="checkbox"/> Je me désengage de ma mission de personne de confiance de Mme <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/></p> <p>Fait à : Le : Signature</p>