

Quel est son rôle ?

- Lorsque vous pouvez exprimer votre volonté :

La personne de confiance peut si vous le souhaitez :
-vous soutenir dans votre cheminement personnel et vous aider dans vos décisions concernant votre santé ;
-assister aux consultations ou aux entretiens médicaux : elle vous assiste mais ne vous remplace pas

-prendre connaissance d'éléments de votre dossier médical en votre présence : elle n'aura pas accès à l'information en dehors de votre présence et ne devra pas divulguer des informations sans votre accord.

- Si vous ne pouvez plus exprimer votre volonté :

La personne de confiance sera la personne consultée en priorité par l'équipe médicale lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements et recevra les informations nécessaires pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité.

Le médecin a l'obligation de consulter votre personne de confiance dans le cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté afin de connaître vos souhaits relatifs à la fin de vie.

Elle sera votre porte-parole pour refléter de façon précise et fidèle vos souhaits et votre volonté, par exemple sur la poursuite, la limitation ou l'arrêt de traitement.

Elle n'exprime pas ses propres souhaits mais rapporte les vôtres.

La personne de confiance peut faire le lien avec votre famille ou vos proches mais en cas de une contestation, s'ils ne sont pas d'accord avec vos volontés, son témoignage l'emportera.

Elle n'aura pas la responsabilité de prendre des décisions concernant vos traitements, mais témoignera de vos souhaits, volontés et convictions : celle-ci appartient au médecin, sous réserve de vos directives anticipées, et la décision sera prise après avis d'un autre médecin et concertation avec l'équipe soignante.

Qui peut la désigner ?

Cette faculté est ouverte à toute personne majeure

C'est un droit qui vous est offert, mais ce n'est pas une obligation : vous êtes libre de ne pas désigner une personne de confiance.

Pour les majeurs sous tutelle, la désignation d'une personne de confiance est soumise à l'autorisation du conseil de famille s'il a été constitué ou du juge des tutelles.

Qui peut être la personne de confiance ?

Vous pouvez désigner comme personne de confiance, toute personne majeure de votre entourage en qui vous avez confiance, par exemple un membre de votre famille, un proche, votre médecin traitant.

Il est important d'échanger avec la personne que vous souhaitez désigner avant de remplir le formulaire de désignation et de lui faire part de vos souhaits par rapport à sa future mission. Il est important qu'elle ait la possibilité de prendre connaissance de son futur rôle auprès de vous et d'en mesurer de sa portée.

La personne que vous souhaitez désigner doit donner son accord à cette désignation. A cet effet, elle contresigne le formulaire de désignation. Il convient de préciser que cette personne peut refuser d'être votre personne de confiance ; auquel cas, vous devrez en désigner une autre.

Quand la désigner ?

Au début d'une prise en charge, il vous sera proposé, si vous n'aviez désigné personne auparavant, de désigner une personne de confiance.

Si vous aviez déjà désigné une personne de confiance, il vous sera demandé de confirmer cette désignation.

Comment la désigner ?

La désignation se fait par écrit en complétant le formulaire au dos de cette fiche . La personne que vous désignez doit contresigner le formulaire.

Si vous avez des difficultés pour écrire, vous pouvez demander à deux personnes d'attester par écrit que cette désignation est bien votre volonté.

Vous pouvez changer de personne de confiance ou mettre fin à sa désignation à tout moment.

FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

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

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'empêchait d'exprimer ma volonté.

Fait le/...../.....

Signature

Je désigne la personne de confiance ci-dessous.

PATIENT

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille

Né(e) le :/...../.....

Hospitalisé(e) au CHU le/...../.....

Dans le service :

Désigne comme personne de confiance

un parent un proche mon médecin traitant

Nom :

Prénom :

Cet engagement réciproque est valable :

Pour cette hospitalisation

Pour cette hospitalisation et les suivantes dans ce service

Fait, le/...../.....

Signature

PERSONNE DE CONFIANCE DESIGNEE

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille

Né(e) le :/...../.....

Adresse :

.....

Téléphone :

Accepte d'être la personne de confiance de

M / Mme

Je m'engage à l'assister, à sa demande, dans son parcours médical, à représenter ses volontés, notamment au cas où il en serait empêché.

Je certifie avoir pris connaissance des buts de ma mission et de mon rôle et les avoir acceptés

Fait, le/...../.....

Signature

ATTESTATION PAR 2 TEMOINS SI LA PERSONNE EST DANS L'INCAPACITE PHYSIQUE D'ECRIRE

Témoïn 1 :

Nom et prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

J'atteste que la désignation de : M/Mme

Comme personne de confiance est bien l'expression de la volonté

libre et éclairée de : M/Mme

Fait le :/...../.....Signature du témoin :

Témoïn 2 :

Nom et prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

J'atteste que la désignation de : M/Mme.....

Comme personne de confiance est bien l'expression de la volonté

libre et éclairée de : M/Mme

Fait le :/...../.....Signature du témoin :

REVOCAION

Je soussigné(e) : M/Mme

Révoque la personne de confiance :

M/Mme

Fait le :/...../.....

Signature :

DESENGAGEMENT

Je soussigné(e) : M/Mme

Me désengage de ma mission de personne de confiance

de M/Mme

Fait le :/...../.....

Signature :