

Informations relatives à cette désignation

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.

Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit le Centre Hospitalier Privé du Montgardé, en remplissant la fiche de désignation (page 4)

Fait à Aubergenville, le/...../200...

Signature du patient :

Communication de cette désignation à la personne de confiance

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance.

Fait à Aubergenville, le/...../200...

Signature de la personne de confiance :

Fait en trois exemplaires, dont un est remis au patient, un est conservé dans le dossier du patient par l'établissement et un est remis à la personne de confiance.

Réf. : A-ACC-E-04 MAJ : 09 juin 2005



FICHE DE DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Pourquoi désigner une personne de confiance ?

En application de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L.1111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Identité du patient

Je soussigné (e),

NOM marital :

NOM de jeune fille :

Prénoms :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

.....

Téléphone :

E-mail :

Admis(e), en vue de :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> (1) Hospitalisation | <input type="checkbox"/> (1) Actes ambulatoires |
| <input type="checkbox"/> (1) Soins Externes | <input type="checkbox"/> (1) Urgences |

à compter du/...../200... pour la durée du traitement.

Domaine d'intervention de la personne de confiance

Il résulte de la réglementation que la personne de confiance peut intervenir dans deux domaines bien distincts de l'activité hospitalière :

1. les soins
 2. la recherche biomédicale
- S'agissant des soins, la personne de confiance accompagne le patient conscient dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. Elle ne se substitue pas au patient et ne s'exprime donc pas à sa place. Elle l'aide dans ses décisions.
- La personne de confiance peut être conduite à exprimer un avis sur l'attitude thérapeutique à adopter pour le patient dans le cas où il serait hors d'état d'exprimer sa volonté en cas de réanimation, soins techniques continus ou de défaillances neurologiques graves. Le médecin n'est pas tenu à cet avis, il reste libre de ses décisions.

SECRET MEDICAL

Le secret médical est levé vis-à-vis de la personne de confiance. En effet, elle peut avec l'accord du patient, participer aux entretiens médicaux. Il s'agit d'une dérogation légale, mais limitée :

- ↪ Accord et désignation du patient
- ↪ Se limite aux entretiens médicaux et à l'accès au dossier du patient au titre de tierce personne.

Quelques rappels réglementaires

L'article L.1111-6 du code de la santé prévoit que la désignation de la personne s'effectue par écrit et qu'elle est révocable à tout moment.

La désignation se fait pour chaque nouvelle hospitalisation, au moment de l'admission ou en cours d'hospitalisation.

La personne de confiance n'est pas forcément la personne à prévenir en cas d'urgence.

La traçabilité de la désignation est réalisée par l'archivage du document écrit de désignation dans le dossier du patient.

- Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance.
- Je reconnais avoir été informé de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant une fiche de changement de désignation.
- Je souhaite désigner comme personne de confiance, la personne suivante :

Désignation de la personne de confiance

(1) Monsieur (1) Madame (1) Mademoiselle

NOM marital :

NOM de jeune fille :

Prénoms :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

.....

.....

Téléphone :

E-mail :

● Cette personne de confiance, **légalement capable**, est :

(1) Un proche (1) Un parent (1) Mon médecin traitant

● Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions :

(1) OUI (1) NON

(1) cocher votre réponse