

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance parmi son entourage : c'est une **personne majeure** en qui on a confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission : un **parent**, un **proche** ou son **médecin traitant**. Elle peut être la même personne (ou non) que celle désignée comme « personne à prévenir ».

Quelle est la différence entre la personne de confiance et la personne à prévenir ?

La personne à prévenir est contactée par l'équipe soignante en cas d'événement(s) particulier(s) d'ordre organisationnel ou administratif (fin du séjour et sortie de l'établissement, etc.) au cours de votre séjour.

La personne à prévenir n'a pas accès aux informations médicales vous concernant et ne participe pas aux décisions médicales.

Étiquette du patient

- Dyscommunicant** → Remplir le **formulaire des témoins** au verso
- Tutelle** → Avertir l'ASS de l'HAD
- Incapacité à désigner** → le noter dans « entourage »

En quoi la personne de confiance peut-elle m'être utile ?

Si vous le souhaitez, votre personne de confiance peut vous accompagner dans vos démarches, assister à vos entretiens médicaux et, éventuellement, vous aider à prendre des décisions concernant votre santé.

Dans l'hypothèse où votre état de santé ne vous permet plus de donner votre avis ou de faire part de vos décisions, l'équipe médicale qui vous prend en charge consultera en priorité la personne de confiance que vous aurez désignée ; elle s'exprime alors en votre nom et selon vos souhaits. L'avis ainsi recueilli auprès d'elle guidera le médecin pour prendre ses décisions. Vous pouvez en outre lui confier vos directives anticipées.

Quelles sont les limites d'intervention de la personne de confiance ?

La personne de confiance **ne peut pas obtenir communication de votre dossier médical**, à moins que vous ne lui fassiez une procuration expresse en ce sens. Si vous n'êtes plus en mesure d'exprimer votre volonté, seules les informations jugées nécessaires pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité seront communiquées à votre personne de confiance.

Dans le cadre de la procédure collégiale encadrant les décisions de limitation ou d'arrêt des traitements en fin de vie, l'avis de la personne de confiance sera pris en compte par l'équipe médicale mais, en dernier lieu, c'est au médecin qu'il reviendra de prendre la décision concernant votre santé.

JE SOUHAITE DÉSIGNER COMME PERSONNE DE CONFIANCE : Madame Monsieur

NOM de naissance : NOM d'usage :

PRÉNOM(S) :

ADRESSE :

VILLE : CODE POSTAL : TÉL. :

Cette personne est : un proche un parent mon médecin traitant

Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : Oui Non

Je désigne cette personne de confiance pour : la durée de ma prise en charge en HAD

la durée de ma prise en charge en HAD et ultérieurement

JE NE SOUHAITE PAS DÉSIGNER DE PERSONNE DE CONFIANCE.

Signature du patient (ou son représentant) :

Fait à : le :

CADRE RÉSERVÉ À LA PERSONNE DE CONFIANCE :

Je, soussigné(e), certifie avoir « été informé(e) et accepte ma désignation en qualité de personne de confiance.

Fait à : le : Signature :

**IMPOSSIBILITE D'ECRIRE SEUL(E) LE FORMULAIRE
DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE**

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance, deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

TÉMOIN 1

Madame Monsieur

NOM d'usage : PRÉNOM(S) :

VILLE : CODE POSTAL : TÉL. :

Qualité (lien avec la personne) :

En ma qualité de témoin, au nom de Madame / Monsieur, j'atteste :

que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de Mme/M.,

que Mme/M. lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle/il n'est pas en état de s'exprimer : Oui Non

que Mme/M. lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : Oui Non

Fait à :

Le :

Signature de la personne
de confiance (optionnel) :

Signature du témoin 1 :

TÉMOIN 2

Madame Monsieur

NOM d'usage : PRÉNOM(S) :

VILLE : CODE POSTAL : TÉL. :

Qualité (lien avec la personne) :

En ma qualité de témoin, au nom de Madame / Monsieur, j'atteste :

que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de Mme/M.,

que Mme/M. lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle/il n'est pas en état de s'exprimer : Oui Non

que Mme/M. lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : Oui Non

Fait à :

Le :

Signature de la personne
de confiance (optionnel) :

Signature du témoin 1 :