

Je soussigné(e) Mr / Mme : NOM
 PRENOM Né(e) le / /
 Adresse

Nomme la personne de confiance suivante

NOM, PRENOM :
 Adresse :
 Téléphone : / / Fax : / / E-mail :
 Lien avec le patient :

Conjoint.....	<input type="checkbox"/>	Enfant.....	<input type="checkbox"/>
Parent.....	<input type="checkbox"/>	Proche.....	<input type="checkbox"/>
Ami.....	<input type="checkbox"/>	Médecin traitant....	<input type="checkbox"/>

- 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
- Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui non

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance :

- Pour la durée de mon hospitalisation à la clinique
- Pour la durée de mon hospitalisation et ultérieurement

J'ai bien notée que Mr, Mme, Mlle

◇ pourra être consulté(e) par l'équipe soignante au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire.

◇ Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importantes ne pourra être réalisées sans cette consultation préalable.

◇ Qu'à ma demande, il (elle) m'accompagnera dans mes démarches à la clinique et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.

◇ Que les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin traitant ne seront pas communiquées à la personne de confiance. ◇ Que je pourrai mettre fin à cette désignation à tout moment et par tout moyen.

Fait à : Le : / /

Signature :

Signature de la personne de confiance :

Mission d'accompagnement

Devoir de confidentialité

Son rôle

Avec votre accord, elle peut :

- Vous accompagner dans vos démarches auprès de la clinique
- Assister aux consultations ou entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions
- Être consultée dans les situations où vous ne pourriez plus exprimer votre volonté - Il est recommandé de lui remettre vos directives anticipées si vous les avez rédigées

La désignation de la personne de confiance n'est pas obligatoire. Toutefois, lors de votre hospitalisation, nous vous remettons un formulaire à compléter au cas où vous le souhaiteriez.

Comment ?

Elle se fait obligatoirement par écrit

- ✓ Le document doit être daté et signé par les deux personnes
- ✓ Valable la durée de votre hospitalisation
- ✓ Elle est révocable à tout moment

Le personnel soignant de l'établissement vous fournira le document à compléter. Et lors de nouvelles hospitalisations, vous confirmerez ces données ou les modifierez

Qui désigner ?

La personne de confiance doit être majeure, il s'agit :

- ✓ D'un ami, d'un proche
- ✓ D'un parent, d'un conjoint
- ✓ Votre médecin traitant

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

Qui peut la désigner ?

Toute personne majeure ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle