|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Désignation de la personne de confiance** | **Référence : FE-00021** |
| **Formulaire Enregistrement** | **Date d’application : 17 04 2024** |

 **Je soussigné(e) Mr / Mme : Nom :** ………………………………….……………….**Prénom**: …………..……………………………………………….

Né(e) le : ……………………………………………………………………….…………….

Adresse :………………………………………………………………………....………………………………………………………………….………………….……….............

**Nomme la PERSONNE de CONFIANCE suivante :**

Nom :…………………………………………………………………………………………….……………**Prénom** : ……………………………………………………………..
Né(e) le : ……………………………………………………………………………….

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

Téléphone 1 : ……………………………………………………………………….. Téléphone 2 : ……….…………………….………………..………….…………..

E-mail : …………………………………………………………………………………

**Lien avec le patient :**

Conjoint Enfant Proche

Parent Ami 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**
* **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 noté que (Nom et Prénom de la PERSONNE de CONFIANCE) :** …………………………..……………………………………
* 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 : …………………………………………………………

 **Date et Signature Date et signature de la personne de confiance**

**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,
* Etre 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 remettrons 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 ?**

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

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

**Qui peut la désigner ?**

**Toute personne majeure ne faisant pas l’objet d’une mesure de tutelle.**

**Traitement de vos informations**

La Clinique collecte et traite sous sa responsabilité les informations qui vous sont demandées, pour la bonne gestion des demandes d’accès aux dossiers médicaux. Ce traitement est fondé sur une obligation légale, en application de l’article L.1111-7 du Code de la santé publique applicable en NC, et de la Délibération n°12/CP du 3 mai 2005. Toutes les informations demandées sont obligatoires : à défaut, la Clinique ne pourra pas examiner votre demande. Ces informations sont à destination exclusive des personnels administratifs et de santé en charge de ce type de demande, et suivant l’ancienneté de votre dossier, de notre prestataire en charge de l’archivage. Elles peuvent aussi être accessibles aux sous-traitants qui interviennent sur le système d’information de la Clinique, dans des conditions garantissant leur protection. Vos informations pourront être conservées jusqu’à 5 ans après la clôture de votre demande.

**Pour exercer vos droits** : dpo@cliniques.nc.

**Pour en savoir plus** sur la gestion de vos informations et vos droits : consulter la notice affichée dans le hall principal de la Clinique, ou celle plus complète publiée sur notre site internet, rubrique « Admission »