



COMMENT DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE ? >>



JANVIER
2023

**Lors de votre séjour
ou d'une consultation,
vous pouvez être assisté
d'une personne de confiance.**



QUEL EST LE RÔLE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE ?



Elle vous accompagne tout au long des soins et des décisions à prendre. Elle sera votre porte-parole pour rapporter votre volonté concernant vos soins ou votre fin de vie*.

Si vous le souhaitez, elle peut assister aux entretiens médicaux et vous aider à formuler vos souhaits.

**Si, au cours de votre hospitalisation,
vous n'êtes pas en capacité
d'exprimer votre avis :**

Dans le cas d'une intervention, de soins ou d'une investigation, elle sera votre porte-parole et consultée en priorité (sauf urgence).

En situation de fin de vie, elle sera chargée de transmettre au médecin les directives rédigées en amont par vos soins ou bien de témoigner au mieux de votre volonté.



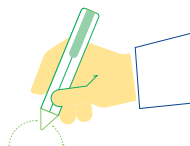
* Pour en savoir plus sur la loi Claeys-Leonetti du 2 février 2016, retrouvez les documents élaborés par l'AP-HP sur le site : aphp.fr/findevie



QUI PEUT ÊTRE PERSONNE DE CONFIANCE ET COMMENT LA DÉSIGNER ?



**Votre personne de confiance
peut être choisie librement
dans votre entourage : parent,
proche, médecin traitant, etc.**



Cette demande doit se faire, par écrit, via un formulaire (ci-contre). L'annulation de cette demande peut se faire à tout instant, par écrit de préférence.

**Cette décision n'est pas obligatoire
mais elle doit être bien réfléchie.**

Vous restez libre de décider que certaines informations ne devront pas être communiquées à votre personne de confiance. Parlez-en au médecin qui assure votre prise en charge.

Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation (ou plus si vous le souhaitez), elle peut être annulée à tout moment (par écrit de préférence) et elle reste possible si vous êtes sous tutelle (avec l'accord du juge des tutelles ou du conseil de famille). La personne choisie doit accepter cette désignation et signer elle aussi le formulaire.

DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Art. L. 1111-6 du code de la santé publique



**Formulaire à remplir par vos soins et à remettre
à un membre du personnel soignant ou aux admissions.**

Je, soussigné

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénom : Sexe :

Adresse :

Date de naissance ////

Désigne M., Mme, (nom de naissance, nom usuel, date de naissance, prénom, adresse, tél., e-mail)

.....

.....

Votre lien avec la personne de confiance (parent, proche, médecin traitant)

.....

POUR M'ASSISTER EN CAS DE BESOIN EN QUALITÉ DE PERSONNE DE CONFIANCE

☐ pour la durée de mon hospitalisation à l'hôpital.....

☐ pour la durée de mon hospitalisation et ultérieurement

J'AI BIEN NOTÉ QUE M., MME

- pourra, à ma demande, m'accompagner dans mes démarches à l'hôpital et assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions ;
- pourra être consulté(e) par l'équipe hospitalière pour le cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire à cet effet.
Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable ;
- ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et dont j'aurais fait part au médecin.

☐ J'ai été informé sur la personne de confiance, mais ne souhaite pas en désigner.

**Je peux modifier ou mettre fin
à cette désignation à tout moment.**

Signature de la personne désignée

Fait à

le

Signature

Pièce à joindre si vous êtes sous tutelle : autorisation du juge ou du conseil de famille.

Un double de ce document est conservé par le patient.



Ce document a été élaboré en concertation avec des représentants des usagers.

LES DONNÉES PERSONNELLES INFORMATISÉES RELATIVES À LA PERSONNE DE CONFIANCE



Les données à caractère personnel concernant votre personne de confiance (nom, prénom, adresse, numéro de téléphone, e-mail, lien) sont traitées par les logiciels informatiques de l'AP-HP.

Ces données sont utiles, notamment à la prise en charge du patient, et seront sauvegardées pendant la durée légale de conservation du dossier médical.

Les traitements de ces informations respectent les dispositions de la loi informatique et libertés* et ont fait l'objet de formalités préalables auprès de la CNIL.

Votre personne de confiance dispose d'un droit d'accès aux informations la concernant, afin d'en vérifier l'exactitude et, le cas échéant, de les faire rectifier, compléter, mettre à jour ou effacer lorsqu'elles se révèlent inexactes, incomplètes, périmées, en s'adressant au directeur de l'hôpital ou à la personne désignée par lui à cet effet.

Elle peut également, et sous réserve de motifs légitimes, s'opposer à ce que les données à caractère personnel la concernant fassent l'objet d'un traitement.

*Loi n°78-17 du 6 janvier 1978, modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.