

**Vous allez ou êtes hospitalisé(e) dans notre établissement et vous êtes majeur(e) ?**

Vous pouvez, si vous le souhaitez, désigner une « personne de confiance ».

**La personne de confiance n'est pas forcément la « personne à prévenir ».**

**La personne à prévenir ne partage pas le secret médical.**

*Etiquette patient*

La « **PERSONNE DE CONFIANCE** » est l'interlocuteur privilégié des professionnels de santé, ayant devoir de confidentialité.

**Elle peut, selon votre souhait :**

Partager le secret médical - Assister aux entretiens médicaux - Vous accompagner dans vos démarches et prises de décision - Être consultée dans le cas où vous ne seriez pas capable d'exprimer votre volonté ou de recevoir l'information - Être détentrice de vos **DIRECTIVES ANTICIPEES** si vous les avez rédigées.

La « **PERSONNE DE CONFIANCE** » doit être majeure, et peut être un membre de **votre famille, un proche, ou votre médecin traitant**. Il vous appartient de l'informer, et de s'assurer de son accord.

La désignation doit être écrite, **et signée par la personne de confiance**.

**La désignation est facultative, et n'est valable que pour la durée de cette hospitalisation. Elle est révocable à tout moment.**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Patient(e) majeur(e) hospitalisé(e) dans l'Etablissement SMR des TROIS EPIS – Groupe VyV

Date de Naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de Naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

**1) ☐ Souhaite désigner comme personne de confiance**

☐ Madame ☐ Monsieur NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

Cette personne est : ☐ Un membre de ma famille ☐ Un proche ☐ Mon médecin traitant

Précisez : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Je lui ai fait part de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : ☐ OUI ☐ NON

**2) ☐ Ne souhaite pas désigner de personne de confiance**

**PERSONNE HOSPITALISEE**

Fait-le .....

A.....

SIGNATURE

**PERSONNE DE CONFIANCE**

Fait-le .....

A.....

SIGNATURE

**Ou** (Si impossibilité pour la personne de confiance de se déplacer)

**Accord de la personne de confiance prévenue  
par téléphone par le professionnel**

Date :

Initiales :

SIGNATURE

☐ Patient dans l'incapacité de  
désigner une personne de confiance  
(troubles cognitifs, mineur, ...)

**Médecin**

Fait-le .....

A.....

SIGNATURE

☐ **Pas de désignation possible** : impossibilité de contacter la personne de confiance ou de récupérer sa signature.

## CAS PARTICULIER

SI VOUS ÊTES EN INCAPACITÉ PHYSIQUE DE COMPLÉTER LE QUESTIONNAIRE, 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

**Nom :**

**Prénom :**

**Qualité (lien avec la personne) :**

Atteste que la personne de confiance décrite ci-avant est bien l'expression de la volonté du patient.

Fait le .....

A .....

SIGNATURE

### TÉMOIN 2

**Nom :**

**Prénom :**

**Qualité (lien avec la personne) :**

Atteste que la personne de confiance décrite ci-avant est bien l'expression de la volonté du patient.

Fait-le .....

A .....

SIGNATURE