

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 SSR Groupe MGEN des TROIS EPIS

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 : _____

2) Ne souhaite pas désigner de personne de confiance

<p>PERSONNE HOSPITALISEE</p> <p>Fait-le</p> <p>A.....</p> <p>SIGNATURE</p>	<p>PERSONNE DE CONFIANCE</p> <p>Fait-le</p> <p>A.....</p> <p>SIGNATURE</p> <p style="text-align: right;">ou</p> <hr/> <p>Personne de confiance prévenue</p> <p><input type="checkbox"/> Par le patient</p> <p><input type="checkbox"/> Par le professionnel (avec accord du patient)</p>	<p><input type="checkbox"/> Patient dans l'incapacité de désigner une personne de confiance</p> <p style="text-align: center;">Médecin</p> <p>Fait-le</p> <p>A.....</p> <p>SIGNATURE</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Les majeurs sous tutelle et mineurs ne sont pas concernés [cf : procédure P PDP 002]*