

Centre Hospitalier de Bastia	FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE	DIR-ENG-011
		Version 1.02 Page 1 sur 2

1 - **Objet :** Formulaire de désignation de la personne de confiance à remplir par le patient majeur y compris la personne sous tutelle (avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille) lors de son hospitalisation, et à contresigner par la personne de confiance. Formulaire à insérer dans le dossier patient.

2 - **Domaine d'application :** Centre Hospitalier de Bastia

3 - **Documents de références:** Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Article L.1111-6 ; L.1111-11 ; L.1111-12 modifié du Code la Santé. Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 ; Loi du 2 février 2016 « Claeys-Leonetti ; Décret et arrêté du 3 août 2016 (Art. R. 1111-18 du C.S.P)

4 - **Personnes concernées – Responsabilités :** L'ensemble des soignants (Médecins, Cadres de santé, infirmières, Aides-soignants) et patients hospitalisés.

5 - **Définitions :** Véritable intermédiaire entre le médecin et la famille, la personne de confiance relate la volonté du patient et l'aide dans ses décisions. Elle a un rôle majeur et renforcé dans le cadre du respect de la volonté du patient quant à ses choix de fin de vie. Elle parlera en votre nom si vous ne pouvez plus vous exprimer ; elle sera consultée en premier si vous n'avez pas rédigé vos directives anticipées ou si vos directives anticipées se trouvaient difficilement accessibles au moment où votre médecin aurait besoin de les consulter. Le témoignage de la personne de confiance prévaut sur tout autre témoignage de la famille et des proches. Elle est à distinguer de la personne à prévenir qui est une notion purement administrative.

6.1 – Désignation de la personne de confiance

Je soussigné(e) : patient(e) majeur(e), ou sous tutelle (avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille, hospitalisé(e) au Centre Hospitalier de Bastia.

Né(e) le : à

Domicile : Tél :

Déclare avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et ne pas souhaiter en désigner une.

Déclare avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et **désigne comme personne de confiance durant cette hospitalisation** : (*personne majeure suffisamment proche de vous, pour connaître vos convictions, et à qui vous faites confiance*).

Cette personne est ⁽¹⁾: un parent un proche un soignant le médecin traitant

Nom : Prénom : Né(e) le : à

Domicile : Tél :

Cette désignation, qui est facultative, mais souhaitable, vaut le temps de votre hospitalisation; elle est révoquée et révisable à tout moment par écrit.

Rédaction	Vérification	Approbation
Mme Marie-Françoise GIORGI & Mme Adèle KNAYER, Personnes chargées des relations avec les usagers	Mme Marie-Ange SANTINI, Responsable Assurance Qualité	M. Antoine TARDI, Directeur Adjoint
Date : 22 / 09 / 2016	Date : 13 / 10 / 2016	Date : 13 / 10 / 2016
Visa : <i>Signé</i>	Visa : <i>Signé</i>	Visa : <i>Signé</i>

J'ai bien noté que M , Mme, Melle :

- est tenu(e) au secret médical.
- pourra m'accompagner, si je le souhaite, au cours de mon hospitalisation, dans mes démarches de soins et pourra m'assister lors des entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- que les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin ne lui seront pas communiquées.
- sera consulté (e) par l'équipe médicale au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et recevra l'information nécessaire à cette fin. Sauf cas d'urgence ou d'impossibilité de le (la) joindre et à l'exclusion des directives anticipées, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans sa consultation préalable.

Fait à Bastia, le :/...../.....

Signature du patient

Signature de la personne de confiance

6.2 – Information relative aux directives anticipées

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 ⁽¹⁾

oui non

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées ⁽¹⁾

oui non

6.3 – Révocation de la personne de confiance

Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée ci-dessus ⁽¹⁾ oui non

6.4 – Désignation d'une nouvelle personne de confiance

Je désigne une nouvelle personne de confiance ⁽¹⁾ oui non

Dans l'affirmative, complétez les informations suivantes :

M , Mme, Melle

Né(e) le ... /...../..... à.....

Domicile :

Tél :

Fait à Bastia, le/...../.....

Signature du patient

Signature de la nouvelle personne de confiance

(1) Cocher la rubrique concernée