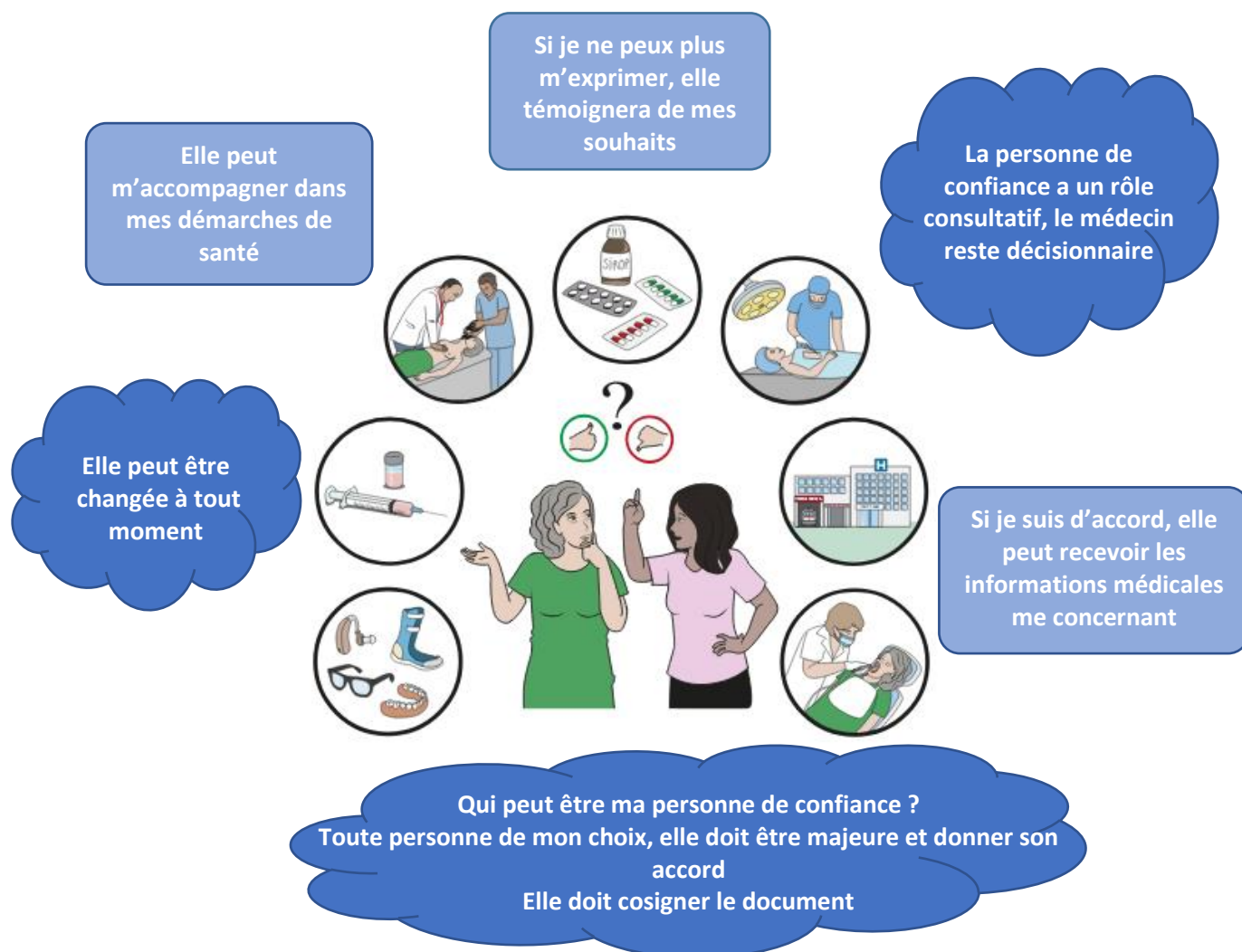


Ma personne de confiance - Mon porte-parole

Son rôle :



QUEL EST LE RÔLE de la personne de confiance ?

- Si vous le souhaitez, la personne de confiance peut assurer les missions suivantes :
 - Vous accompagner dans vos démarches d'ordre médical
 - Vous assister lors des entretiens médicaux.

L'objectif est de vous aider à prendre des décisions concernant votre santé, de connaître et comprendre vos droits.

- Dans le cas où votre état de santé ne vous permet plus de donner votre avis ou de faire part de vos décisions, **le médecin (ou l'équipe médicale) consulte en priorité la personne de confiance qui doit être en mesure de lui rendre compte de vos volontés.**

Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Les directives anticipées peuvent également lui être confiées.

À noter : La *personne de confiance* **ne doit pas être confondue avec la personne à prévenir**, qui est alertée par téléphone en cas d'aggravation de votre état de santé. Il peut s'agir de la même personne ou de 2 personnes différentes.

QUI PEUT ETRE désigné comme personne de confiance ?

Elle doit être majeur, ce peut être toute personne de l'entourage (parent, proche, médecin traitant) en qui vous avez confiance et **qui accepte de jouer ce rôle** peut être désignée *personne de confiance*.

COMMENT DÉSIGNER une personne de confiance ?

- Toute personne majeure, y compris la personne sous tutelle (avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille) peut désigner une personne de confiance, à tout moment, y compris en l'absence de problème de santé.
- La personne de confiance doit être **désignée par écrit**, le formulaire de désignation doit comporter la cosignature du patient et de la personne désignée comme personne de confiance.
- Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance :
- Deux personnes peuvent attester par écrit que la désignation de la personne de confiance, décrite dans ce formulaire, est bien l'expression de votre volonté.
- La désignation d'une personne de confiance n'est pas obligatoire, elle est valable sans limitation de durée, elle est révocable et révisable à tout moment.

Les informations sont recueillies sur ce formulaire par le Centre Hospitalier de Bastia dans le but de vous permettre de désigner une personne de confiance. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, veuillez nous contacter à l'adresse : dpo@ch-bastia.fr / **service chargé de l'exercice des droits**. Pour plus d'informations, consulter notre site internet : www.ch-bastia.fr

Je soussigné(e) :

Nom, prénoms :

Date et lieu de naissance :

Nomme la personne de confiance suivante :

Nom, prénoms :

Adresse :

N° Téléphone :

E-mail :

➔ 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

Fait à : Le :/...../.....

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :