DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE POUVANT ACCOMPAGNER LE PATIENT

Madame, Monsieur,

Vous êtes hospitalisé(e) au SMR La Lande et vous souhaitez être accompagné(e) dans vos démarches liées à l'hospitalisation.

La Loi du 4 Mars 2002 vous autorise à désigner une personne de confiance.

Cette personne de confiance est librement choisie par vous-même, ce peut être un parent, un proche, ou votre médecin traitant.

La mission de cette personne de confiance est définie par vous-même.

Elle pourra, selon votre souhait :

- Éventuellement vous accompagner pour toutes démarches au sein de l'établissement,
- Assister aux entretiens médicaux pour vous aider dans vos décisions, pour consentir à des actes médicaux.

La personne de confiance pourra aussi être consultée par le Médecin si l'évolution de votre état de santé ne vous permet pas d'exprimer vous-même votre volonté et de recevoir l'information.

IMPORTANT :
En aucun cas, nous n'autorisons la personne de confiance à accéder à votre dossier médical en dehors de votre présence et sans votre accord express.

→ Comment désigner la personne de confiance ?

- Vous devez le faire par écrit en remplissant notre formulaire.
- Cette désignation est valable pour toute la durée de l'hospitalisation sauf choix contraire de votre part.

→ Personne de confiance et personne à prévenir

En entrant dans l'établissement, nous vous avons demandé d'indiquer la personne à prévenir en cas de besoin. Cette personne à prévenir est distincte de la personne de confiance.

La personne de confiance est désignée par écrit de votre part et elle a vocation à être présente à vos côtés chaque fois que vous le souhaitez.



DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

En application de la Loi du 4 Mars 2002 relative aux Droits des Malades

(Article L.1111-6 du Code de la Santé Publique)

Je soussigné(e),

Nom : ……. Prénom : …….

Date de naissance : _____/_____/_____ Lieu de naissance : ……

Demeurant à : ……

hospitalisé(e) au Centre de Rééducation La Lande.

Désigne en tant que personne de confiance,

Nom : ……. Prénom : …….

Date de naissance : _____/_____/_____ Lieu de naissance : ……

Téléphone : ___/___/___/___/___ E-mail : ……

Demeurant à : ……

Lien : ☐ Parenté : ……
☐ Proche
☐ Médecin traitant

Je l'autorise à m'accompagner dans mes démarches, à assister aux entretiens médicaux.

J'ai bien noté que cette personne pourra être consulté(e) par le médecin responsable au cas où je serais hors d'état d'exprimer ma volonté et de recevoir directement une information médicale.

Cette désignation en qualité de personne de confiance est valable pour la durée de mon hospitalisation.

Fait à ……., le _____/_____/_____

Signature du patient Signature de la personne de confiance

