

➤ DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

À remplir par vos soins et à remettre dans votre service d'hospitalisation

L'AP-HP, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, est le centre hospitalo-universitaire (CHU) d'Île-de-France et le 1^{er} CHU d'Europe. Fiers de leurs missions de service public, nos 92 000 professionnels s'engagent à offrir à tous, 24h/24, des soins de grande qualité. Avec 37 hôpitaux, réunis en 12 groupes hospitaliers et une fédération du polyhandicap, l'AP-HP propose, en lien étroit avec les acteurs sanitaires et médico-sociaux de la région, des soins et des modes de prise en charge adaptés aux besoins de santé de proximité. Elle met également toute son expertise et ses capacités d'innovation au service des patients atteints de pathologies complexes. Grâce à l'association du soin, de l'enseignement et de la recherche, les 7 millions de personnes soignées chaque année par des équipes de renommée internationale bénéficient de traitements de pointe dans l'ensemble des disciplines médicales.

© Avril 2014 / AP-HP / Direction de la Communication / Réalisation au Studio graphique : Stéphanie Aguilar / Crédit photos : S. Loubaton



VOUS SOUHAITEZ ÊTRE
ASSISTÉ(E) D'UNE PERSONNE
DE CONFIANCE



> VOUS ÊTES HOSPITALISÉ, OU VOUS ALLEZ L'ÊTRE

Lors de votre hospitalisation, il vous est proposé de désigner une personne, librement choisie par vous dans votre entourage et en qui vous avez toute confiance, pour vous accompagner tout au long des soins et des décisions à prendre.

Cette personne, sera votre "personne de confiance" et pourra, si vous en faites la demande, assister aux entretiens médicaux et vous aider à formuler vos souhaits.

Cette désignation peut être utile

→ Votre état de santé ne vous permettra peut-être pas toujours, pendant la durée de votre hospitalisation, de faire connaître aux personnes qui vous soignent votre avis ou les décisions que vous souhaitez prendre pour vos soins.

→ Si vous ne pouvez les exprimer, votre personne de confiance sera consultée par l'équipe hospitalière et pourra lui donner des indications sur votre façon de voir les choses. Elle pourra également décider de votre participation à une recherche biomédicale.



→ Avant toute intervention ou investigation importante, les précisions ainsi recueillies pourront guider les médecins dans les choix thérapeutiques.

→ Si vous avez rédigé des directives anticipées exprimant vos souhaits relatifs à votre fin de vie pour la limitation ou l'arrêt de traitement, vous pouvez les confier à votre personne de confiance.

> DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

- n'est pas une obligation
- doit être une décision bien réfléchie, sans précipitation
- se fait par écrit par exemple à l'aide du formulaire ci-contre
- peut être annulée à tout moment (par écrit de préférence)
- peut être remplacée ultérieurement par la désignation d'une autre personne, à votre demande

- est valable pour la durée de l'hospitalisation, et pour plus longtemps si vous le souhaitez.

Il vous revient d'en informer la personne que vous aurez choisie et d'obtenir bien sûr son accord.

Toutes les décisions que vous prendrez à ce sujet figureront dans votre dossier médical. Vous serez libre de décider que

certaines informations que vous jugerez confidentielles ne devront pas être données par l'équipe hospitalière à votre personne de confiance : vous devrez alors l'indiquer précisément.

À remplir par vos soins
et à remettre dans votre service d'hospitalisation

DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

(art. L. 1111-6 du code de la santé publique)

Je, soussigné(e)

nom

prénom

adresse

date de naissance

désigne M., Mme, (nom, prénom, adresse, tél., e mail)

lien avec le patient (parent, proche, médecin traitant)

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance

- pour la durée de mon hospitalisation à l'hôpital
- pour la durée de mon hospitalisation et ultérieurement

J'ai bien noté que M., Mme

- pourra m'accompagner, à ma demande, dans mes démarches à l'hôpital et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.

- pourra être consulté(e) par l'équipe hospitalière au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire.

Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre,

aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.

- pourra décider de mon inclusion dans un protocole de recherche médicale, si je ne suis pas en mesure d'exprimer ma volonté.

- ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin.

- sera informé(e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord.

Je peux mettre fin à cette désignation à tout moment et par tout moyen

Visa de la personne désignée
(recommandé)

Fait à :
le :
Signature :