



Fiche d'information

PERSONNE À PRÉVENIR, PERSONNE DE CONFIANCE et DIRECTIVES ANTICIPÉES

Madame, Monsieur,

Vous êtes hospitalisé(e) au Centre Hospitalier d'Ardèche Nord, à ANNONAY.

PERSONNE À PRÉVENIR :

Dans le cadre de votre hospitalisation, lors de votre admission, nous vous demanderons d'indiquer le nom et les coordonnées d'une personne à prévenir **en cas de besoin**.

- La personne à prévenir est contactée en cas d'événement(s) particulier(s) au cours de votre séjour, d'ordre organisationnel ou administratif : transfert vers un autre établissement de santé, fin du séjour et sortie de l'établissement.
- En aucun cas, cette personne n'a accès aux informations médicales vous concernant, protégées par le secret médical et professionnel ; la personne à prévenir ne participe donc ni de près ni de loin aux décisions prises par et avec les Médecins.

PERSONNE DE CONFIANCE :

Tout patient majeur peut désigner une personne de confiance.

Vous pouvez donc, par la présente, si vous le souhaitez, désigner votre propre personne de confiance.

Il s'agit d'un droit, pas d'une obligation.

Quels rôles a la personne de confiance ?	Votre personne de confiance, <u>unique</u> , peut : <ul style="list-style-type: none">• vous accompagner si vous le souhaitez dans vos démarches,• assister à vos entretiens médicaux ; ainsi pourra-t-elle éventuellement vous aider à prendre des décisions. Dans le cas où votre état de santé ne vous permettrait pas de donner votre avis ou de faire part de vos décisions, le Médecin ou l'équipe qui vous prend en charge consultera en priorité la personne de confiance. Le témoignage ainsi recueilli auprès de cette personne de confiance devra refléter votre volonté et guidera le Médecin dans ses prises de décisions. Le témoignage de la personne de confiance ne prévaut pas sur vos directives anticipées.
Qui désigner ?	Toute personne de votre entourage en qui vous avez confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission : un de vos parents, votre conjoint, votre compagnon ou votre compagne, un de vos proches, un(e) ami(e), votre Médecin Traitant...
Comment désigner la personne de confiance ?	<ul style="list-style-type: none">• Vous devez le faire par écrit → l'hôpital dispose d'un formulaire dédié pour cette désignation.• Cette désignation est valable pour toute la durée d'UNE hospitalisation.• Par écrit, vous pourrez à tout moment révoquer ce choix pour une autre personne.• Si vous êtes sous tutelle, vous pouvez désigner une personne de confiance avec l'autorisation du Juge ou du Conseil de famille s'il a été constitué.

IMPORTANT : Nous n'autoriserons pas la personne de confiance à accéder à votre dossier médical en dehors de votre présence et sans votre accord donné par un mandat exprès.

Si vous souhaitez que certaines informations vous concernant ne soient pas communiquées à votre personne de confiance, vous pouvez le signaler aux médecins.

DIRECTIVES ANTICIPÉES :

Si vous êtes majeur, vous pouvez consigner **par écrit** des directives anticipées **dans l'éventualité que vous soyez un jour hors d'état d'exprimer votre volonté** concernant notamment **les conditions de poursuite, de limitation, de l'arrêt ou du refus de traitements ou d'actes médicaux**. À tout moment et par tout moyen, **elles sont révisables et révocables**.

Les directives anticipées s'imposent au Médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, **sauf en cas d'urgence vitale et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes** à la situation présente, estimée par le Médecin pouvant évoluer favorablement.

Vous pouvez conserver vous-même vos directives ou les confier à votre personne de confiance ou au médecin qui vous prend en charge pour être mises dans votre dossier médical. Vous devez **mentionner leur existence et leur localisation aux équipes qui vous prennent en charge**.

Formulaire de recueil

PERSONNE À PRÉVENIR, PERSONNE DE CONFIANCE et DIRECTIVES ANTICIPÉES

Etiquette patient

PERSONNE À PRÉVENIR :

Nom, Prénom

Lien de parenté : Téléphone(s) :

PERSONNE DE CONFIANCE :

Je soussigné(e) Nom, prénom, date de naissance

Désigne M., Mme, Mlle Nom, Prénom,.....

Lien de parenté : Téléphone(s) :

Adresse :

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance jusqu'à ce que j'en décide autrement, et pour la durée de mon séjour actuel dans l'établissement.

« Ma personne de confiance :

- ✓ pourra m'accompagner, à ma demande, dans les démarches concernant mes soins et pourra assister aux entretiens médicaux, afin de m'aider dans mes décisions ;
- ✓ pourra être consulté(e) par l'équipe qui me soigne 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 ;
- ✓ ne recevra pas les informations que je juge confidentielles et que j'aurais au préalable indiquées au Médecin ;
- ✓ sera informé(e) par mes soins de cette désignation, de ce qu'elle implique et je devrai m'assurer de son accord. »

Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.

Fait à : Le :/...../.....

Signature patient:

Signature de la personne de confiance désignée :

Préciser ci-dessous le motif si impossibilité de recueillir la signature de la personne de confiance désignée :

Revalidation : (À chaque hospitalisation pour tous les services, SAUF HAM / SMR cardiaque / Hémodialyse où la revalidation est annuelle)

Date :	Signature :
Date :	Signature :
Date :	Signature :

Incapacité du patient

Date et signature du soignant :

Refus du patient :

Date et signature du soignant :

DIRECTIVES ANTICIPÉES :

Incapacité du patient

J'ai déjà rédigé des directives anticipées :

Oui

Non

Si oui, merci de préciser où vous avez classé ce document et/ou à qui nous pouvons nous adresser pour en prendre connaissance et respecter ainsi vos volontés :