



Le choix de la personne de confiance

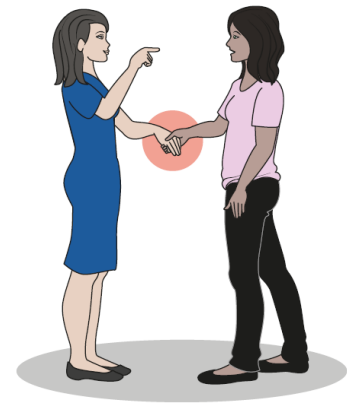
Si vous le souhaitez,
vous pouvez choisir une **personne de confiance**.

La personne de confiance doit être majeure.

**Elle doit bien vous connaître
et vous devez lui faire confiance.**

La personne peut-être, par exemple :

- un membre de votre famille,
- un ami,
- un voisin,
- votre médecin traitant.

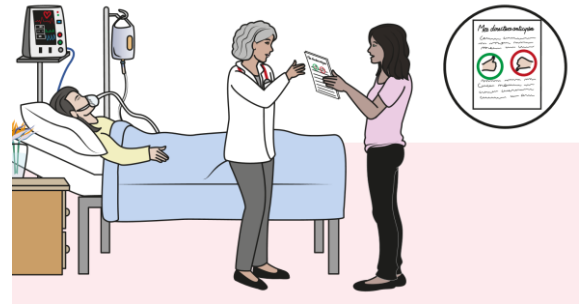


Si vous le souhaitez,
la personne de confiance peut vous accompagner
aux rendez-vous chez les professionnels de santé.
Elle peut vous aider à prendre des décisions
au sujet de votre santé.

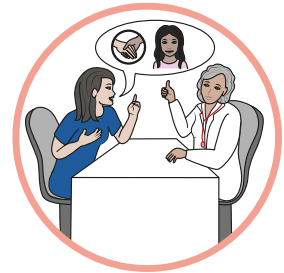


Le choix de la personne de confiance

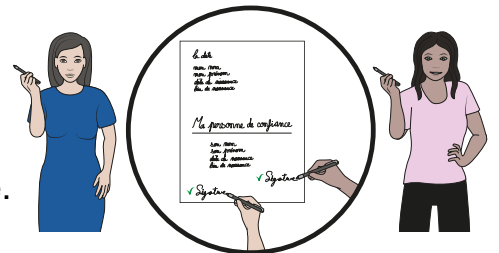
Les professionnels de santé demandent l'avis de la personne de confiance si vous ne pouvez pas vous exprimer. Les soins et les traitements seront adaptés à vos souhaits dans le respect de l'urgence médicale.



Vous devez indiquer au médecin les informations que vous ne souhaitez pas communiquer à la personne de confiance.



Choisir une personne de confiance n'est pas obligatoire. Le choix de la personne de confiance se fait par écrit. Ce choix est valable pour tous vos séjours à Santé Service.



La loi de santé publique vous autorise à annuler ou changer votre choix quand vous le souhaitez. Vous devez prévenir un professionnel de Santé Service de votre décision par écrit.





Patient majeur accompagné par la Fondation Santé Service

Je m'appelle :

Je suis né le :

J'ai bien reçu l'information sur la personne de confiance.

Je choisis comme personne de confiance :

- un ami mon conjoint mon père ma mère
- mon enfant (+ 18 ans) mon médecin traitant Autre, précisez :.....

La personne de confiance s'appelle :

Elle est née le :

Son adresse est :

Son téléphone est le :

Je vais prévenir la personne de confiance que j'ai choisie

et je vais l'informer :

- de son rôle
- que son nom, adresse et téléphone seront notés dans mon dossier patient

J'ai bien reçu l'information sur la personne de confiance.

Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance.

J'ai été informé de la possibilité de changer d'avis.

Date :

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :



Patient majeur accompagné par la Fondation Santé Service

Autres signataires

Si le patient ne peut pas dire ce qu'il souhaite, rayez le document, datez et signez.

Si le patient ne peut pas écrire, complétez ce document, datez et signez.

Date :

Signature :

Précisez qui est la personne qui signe

par rapport au patient :