VOUS VENEZ D'ETRE ADMIS(E) AU CH MARVEJOLS

Selon **la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des personnes hospitalisées**, il vous est proposé de **désigner une personne de confiance.**

C'est une personne majeure, qui vous est proche, qui connaît vos convictions, vos volontés : un membre de votre famille, un ami ou bien encore votre médecin traitant.

Cette personne pourra, **avec votre accord** vous aider en vous accompagnant et en vous assistant lors des entretiens avec le(s) médecin(s). Elle sera consultée si vous n'êtes pas en mesure de recevoir les informations médicales, ni consentir à des actes de soins, ni faire connaître aux personnes, vos choix et vos décisions relatifs à votre santé.

Elle deviendra alors l'interlocuteur des professionnels qui vous prennent en charge et s'efforcera de retraduire au mieux vos volontés. Son avis aidera les professionnels à adapter au mieux les traitements et les soins en fonction des impératifs médicaux et de vos convictions. Elle devra garder le secret concernant votre santé.

Cette **désignation est faite par écrit pour la durée de l'hospitalisation** du séjour en cours et sera insérée dans votre dossier médical. Elle reste **facultative**. Elle reste également **révocable** à tout moment.

Il vous suffit d'en informer un professionnel de l'unité de soins. Vous pourrez, le cas échéant, en désigner une autre.

Il vous sera demandé, également, de désigner une ou plusieurs personnes à prévenir en cas de besoin. La personne à prévenir peut être **différente** de la personne de confiance. Comme il vous est précisé ci-dessus, son rôle est bien spécifique.

Je soussigné(e) (nom prénom)..... Né(e) le ...../..... /.....

Demeurant à .....

Admis(e) en unité de ..... le ...../...../.....

Déclare avoir reçu l'information relative à la désignation de la personne de confiance : ❒OUI ❒ NON
Cochez la mention retenue :

❒ Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance.
❒ Je souhaite désigner la personne de confiance ci-dessous :

Nom :..... Prénom :..... Né(e) le ...../...../.....

Adresse : .....

Téléphone : .....

- 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 pour servir et valoir ce que de droit, à Marvejols, le ...../...../.....

Signature du patient Signature de la personne de confiance