

INFORMATION SUR LA PERSONNE DE CONFIANCE EN SMR

La personne de confiance est désignée pour la durée d'un séjour dans notre établissement

Art. L1111-6 du code de la santé publique – loi n° 2016-87 du 02 février 2016

DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Tous les patients majeurs (non protégés par une mesure de tutelle) peuvent désigner par écrit une personne de confiance qui peut être :

- ☐ Un parent
- ☐ Un proche
- ☐ Le médecin traitant

La personne sollicitée peut refuser. On ne peut désigner qu'une seule personne.

Le patient peut revenir sur sa décision à tout moment. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation ou du séjour à moins que la personne n'en dispose autrement.

ROLE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Votre personne de confiance peut :

- ☐ Vous aider dans vos décisions concernant votre santé
- ☐ Assister aux consultations et entretiens médicaux, mais ne vous remplace pas
- ☐ Prendre connaissance des éléments de votre dossier médical en votre présence
- ☐ Témoigner de vos souhaits, volontés et convictions si vous ne pouvez plus les exprimer

L'avis de la personne de confiance prévaut sur tout autre témoignage

DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

JE SOUSSIGNÉ(E) **NOM :** _____ **PRÉNOM :** _____

Séjournant dans l'unité _____ de l'EPS de Bellême

Désigne comme personne de confiance mentionnée à l'article L1111-6 du CSP

NOM : _____ **PRÉNOM :** _____

☐ Parent (Lien de parenté :)
☐ Proche ☐ Médecin traitant

Adresse : _____

Téléphone : _____ Adresse mail : _____

Date et signature du patient : _____ Date et signature de la personne de confiance désignée :
☐ Accord ou ☐ Refus

RÉVOCATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je révoque la personne de confiance désignée ci-dessus :

Date : _____ Signature du patient : _____

Si vous souhaitez désigner une autre personne, veuillez remplir une nouvelle fiche.

REFUS OU INCAPACITÉ DU PATIENT À DÉSIGNER LA PERSONNE DE CONFIANCE

☐ **Refus du patient** Date : _____ Signature du patient en cas de refus : _____

☐ **Incapacité du patient/résident**
Nom de l'IDE : _____ Signature IDE : _____ Signature du médecin référent : _____

PERSONNE(S) À PRÉVENIR

NOM – Prénom : _____ Téléphone : _____ Lien de parenté : _____
NOM – Prénom : _____ Téléphone : _____ Lien de parenté : _____