Les représentants des usagers sont :

Patrice BOUET
FNAPSY - LE BOUT DU TUNNEL

Claude BOURMAUD
UFC QUE CHOISIR PAYS DE LA LOIRE

Pauline CHEMLA
UNAFAM

Yolande MACHUT
UDAF 85

relations.usagers@ch-mazurelle.fr

Service des Usagers
02 51 09 73 05

ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ MENTALE DE VENDÉE
Centre Hospitalier Georges Mazurelle
Rue Georges Mazurelle
85000 LA ROCHE-SUR-YON
02 51 09 72 72

Vous souhaitez être assisté(e) d'une PERSONNE DE CONFIANCE

Vous êtes hospitalisé, ou vous allez l'être ...

Pendant votre séjour, il vous est possible 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, que l'hôpital considérera comme votre « personne de confiance », pourra, si vous en faites la demande, vous assister dans vos choix thérapeutiques et vous aider à formuler vos souhaits.

POURQUOI ?

Cette désignation peut être très 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.
Avant toute intervention ou investigation importante, les précisions ainsi recueillies pourront guider les médecins dans les choix thérapeutiques.

La désignation d'une personne de confiance

- n'est pas une obligation
- doit être une décision bien réfléchie, sans prescipitation.
- 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 devez alors nous l'indiquer précisément.

DÉSIGNATION D'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, Melle
(nom, prénom, adresse, tél, fax, e-mail)

.....

.....

.....

.....

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

- pour la durée de mon hospitalisation actuelle
- pour la durée des hospitalisations et ultérieurement

J'ai bien noté que M, Mme, Melle

.....

- 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 recvoir 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 sanc cette consultation préalable.

- qu'à ma demande, il (elle) m'accompagnera dans mes démarches à l'hôptal, et pourra m'assiter, ceci afin de m'aider dans mes décisions dans mes choix thérapeutiques.
- que les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin ne seront pas communiquées à la personne de confiance.
- qu'il me revient de l'informer de cette désignation et de m'assurer de son accord.
- que je pourrai mettre fin à cette désignation à tout moment et par tout moyen.

Signature de la personne de confiance

Fait à : ..... le : .....

Signature :

un double de ce document est conservé par le patient