



COMMENT DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE ? >>



MAI
2023

**Lors de votre séjour
ou d'une consultation,
vous pouvez être assisté
d'une personne de confiance.**



QUEL EST LE RÔLE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE ?



Elle vous accompagne tout au long des soins et des décisions à prendre. Elle sera votre porte-parole pour rapporter votre volonté concernant vos soins ou votre fin de vie*.

Si vous le souhaitez, elle peut assister aux entretiens médicaux et vous aider à formuler vos souhaits.

**Si, au cours de votre hospitalisation,
vous n'êtes pas en capacité
d'exprimer votre avis :**

Dans le cas d'une intervention, de soins ou d'une investigation, elle sera votre porte-parole et consultée en priorité (sauf urgence).

En situation de fin de vie, elle sera chargée de transmettre au médecin les directives rédigées en amont par vos soins ou bien de témoigner au mieux de votre volonté.



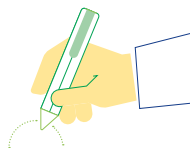
* Pour en savoir plus sur la loi Claeys-Leonetti du 2 février 2016, retrouvez les documents élaborés par l'AP-HP sur le site : aphp.fr/findevie



QUI PEUT ÊTRE PERSONNE DE CONFIANCE ET COMMENT LA DÉSIGNER ?



**Votre personne de confiance
peut être choisie librement
dans votre entourage : parent,
proche, médecin traitant, etc.**



Cette demande doit se faire, par écrit, via un formulaire (ci-contre). L'annulation de cette demande peut se faire à tout instant, par écrit de préférence.

**Cette décision n'est pas obligatoire
mais elle doit être bien réfléchie.**

Vous restez libre de décider que certaines informations ne devront pas être communiquées à votre personne de confiance. Parlez-en au médecin qui assure votre prise en charge.

Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation (ou plus si vous le souhaitez), elle peut être annulée à tout moment (par écrit de préférence) et elle reste possible si vous êtes sous tutelle (avec l'accord du juge des tutelles ou du conseil de famille). La personne choisie doit accepter cette désignation et signer elle aussi le formulaire.

DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Art. L. 1111-6 du code de la santé publique



**Formulaire à remplir par vos soins et à remettre
à un membre du personnel soignant ou aux admissions.**

Je, soussigné

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénom : Sexe :

Adresse :

Date de naissance ////

Désigne M., Mme, (nom de naissance, nom usuel, date de naissance, prénom, adresse, tél., e-mail)

.....

.....

Votre lien avec la personne de confiance (parent, proche, médecin traitant)

.....

POUR M'ASSISTER EN CAS DE BESOIN EN QUALITÉ DE PERSONNE DE CONFIANCE

☐ pour la durée de mon hospitalisation à l'hôpital.....

☐ pour la durée de mon hospitalisation et ultérieurement

J'AI BIEN NOTÉ QUE M., MME

- pourra, à ma demande, m'accompagner dans mes démarches à l'hôpital et assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions ;
- pourra être consulté(e) par l'équipe hospitalière pour le cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire à cet effet.
Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable ;
- ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et dont j'aurais fait part au médecin.

☐ J'ai été informé sur la personne de confiance, mais ne souhaite pas en désigner.

**Je peux modifier ou mettre fin
à cette désignation à tout moment.**

Signature de la personne désignée

Fait à

le

Signature

Pièce à joindre si vous êtes sous tutelle : autorisation du juge ou du conseil de famille.

Un double de ce document est conservé par le patient.



Ce document a été élaboré en concertation avec des représentants des usagers.

PROTÉGER LES DONNÉES PERSONNELLES DE LA PERSONNE DE CONFIANCE



**L'AP-HP est soucieuse de
préserver la confidentialité
et la sécurité de vos données
personnelles et attache
une grande importance à la
protection de votre vie privée.**

**Vous avez été désigné et avez accepté
d'être la personne de confiance d'un
patient suivi à l'AP-HP.**

Vos données personnelles sont collectées par l'AP-HP (responsable de traitement), la licéité du traitement se fonde sur l'intérêt public (article 6.1.e du RGPD) et la finalité du traitement est : l'exercice de vos missions en tant que personne de confiance.

L'AP-HP a besoin de collecter certaines informations qui vous concernent : données d'identification (civilité, nom usuel, nom de naissance, prénom(s)), date de naissance, coordonnées personnelles

(adresse, e-mail, numéro de téléphone), liens familiaux ou personnels avec le patient.

L'accès à vos données est réservé aux professionnels qui prennent en charge le patient vous ayant désigné comme personne de confiance et aux gestionnaires logistiques, informatiques et notamment les professionnels des services administratifs qui ont besoin de connaître ces informations. Ils sont soumis au secret professionnel ou à une obligation contractuelle de confidentialité.

Ces données sont conservées au sein du dossier patient informatisé du patient que vous accompagnez pendant la durée de conservation légale de celui-ci. Vous disposez, sous certaines conditions, d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, de limitation et d'opposition sur vos données. Adressez-vous en priorité aux équipes de soins qui prennent en charge les patients que vous accompagnez ou, en cas de difficulté, aux chargés de relations avec les usagers.

En cas de difficulté persistante vous pouvez saisir la déléguée à la protection des données de l'AP-HP par voie électronique :

protection.donnees.dsi@aphp.fr

**■ Pour toute information complémentaire,
vous pouvez consulter la politique d'information de l'AP-HP :**

