

EXPLICATIONS ET RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

1. La personne de confiance est une personne de soutien qui intervient à la demande du patient. Elle assiste un patient encore capable d'exercer ses droits de patient et donc de prendre lui-même des décisions concernant ses soins de santé.
2. Le patient n'est pas obligé de désigner par écrit sa personne de confiance pour être assisté dans le cadre de l'exercice ses droits de patient; il peut le faire oralement auprès du professionnel des soins de santé. Mais un écrit du patient (éventuellement via le présent formulaire) peut permettre de clarifier sa situation auprès des professionnels des soins de santé. En tout état de cause, s'il en a connaissance, le professionnel des soins de santé inscrit dans le dossier patient l'identité et les compétences de la personne de confiance.
3. Le patient peut autoriser explicitement une personne de confiance à intervenir en dehors de sa présence dans le cadre des droits spécifiques suivants : le droit à être informé sur l'état de santé, le droit à être informé sur les prestations de soins (en vue du consentement du patient à celles-ci), le droit à consulter le dossier patient ou le droit à en obtenir une copie. Dans ce cas, une autorisation écrite (le cas échéant via le présent formulaire) est particulièrement appropriée au regard de l'obligation au secret professionnel du professionnel des soins de santé.
4. Le patient peut désigner plusieurs personnes de confiance pour l'assister / intervenir seule(s) dans le cadre d'un ou de plusieurs de ses droits de patient. Chacune des personnes de confiance désignées peut avoir ses compétences propres. Le patient peut, en ce cas, remplir plusieurs formulaires de désignation de personne de confiance.
5. Il est conseillé de rédiger le formulaire de désignation d'une personne de confiance au minimum en trois exemplaires originaux : un exemplaire peut être conservé par le patient, un par la personne de confiance et un autre par un professionnel des soins de santé choisi par le patient.
6. Il n'existe pas, actuellement, de système d'enregistrement centralisé et légalisé de la désignation de personne(s) de confiance. Le patient doit donc prendre des initiatives pour faire connaître la personne de confiance auprès de son entourage et des professionnels des soins de santé qu'il côtoie. A la demande du patient, le document de désignation de personne de confiance est inséré dans un ou plusieurs de ses dossiers de patient.
7. Le patient peut à tout moment (oralement ou par écrit) faire savoir au(x) professionnel(s) des soins de santé que la personne de confiance qu'il avait désignée ne peut plus l'assister/intervenir. Et à tout moment (oralement ou par écrit), le patient peut faire savoir au(x) professionnel(s) des soins de santé qu'il souhaite accorder plus de pouvoirs à la personne de confiance que ceux octroyés via un formulaire écrit.
8. Le professionnel des soins de santé est encouragé à vérifier régulièrement auprès du patient si la désignation de personne de confiance est toujours valide/d'actualité.

Plus d'information ? Voyez www.patientright.be,



FORMULAIRE DE DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art. 11/1 §1 et §2



Document détachable

Je soussigné(e), (nom et prénom du patient) né(e) le .../.../.....
et résidant à l'adresse suivante :

(Cochez la /les case(s) appropriée(s), selon vos propres souhaits)

Désigne la personne mentionnée ci-dessous pour **m'assister** dans le cadre de mon/mes droit(s) de patient suivant(s) :

- bénéficiaire de soins de qualité
- choisir librement le professionnel des soins de santé
- être informé sur les prestations de soins envisagées en vue de mon consentement à celles-ci
- être informé sur mon état de santé
- consulter mon dossier de patient
- obtenir une copie de mon dossier de patient
- être assuré du respect de mon intimité et de la protection de ma vie privée
- déposer plainte auprès du service de médiation compétent



Autorise la personne mentionnée ci-dessous à **intervenir, en dehors de ma présence**, dans le cadre de mon / mes droit(s) suivant(s) :

Être informé sur mon état de santé

- pour une période déterminée : de à(date)
- pour une période indéterminée
- auprès du/des professionnel(s) des soins de santé suivant(s) :
- auprès de tout professionnel des soins de santé qui a une relation de soin avec moi

Être informé sur les prestations de soins envisagées

- pour une période déterminée : de à(date)
- pour une période indéterminée
- auprès du/des professionnel(s) des soins de santé suivant(s) :
- auprès de tout professionnel des soins de santé qui a une relation de soin avec moi

Consulter et/ou obtenir une copie de mon dossier patient

- pour une période déterminée : de à(date)
- pour une période indéterminée
- auprès du/des professionnel(s) des soins de santé suivant(s) :
- auprès de tout professionnel des soins de santé qui a une relation de soin avec moi

COORDONNÉES DE LA PERSONNE DE CONFIANCE :

Nom et prénom :

Adresse postale :

Tel :

Date naissance :

Adresse e-mail :

Fait à, le(date)

Signature du patient :