



PERSONNE DE CONFIANCE



Formulaire de Désignation de la Personne de Confiance

Conformément à la loi du 4 mars 2002 – Code de la santé publique, art. L1111-6



Informations sur le résident

- Nom :
- Prénom :
- Date de naissance :
- Date d'entrée en EHPAD :
- n° de logement :



Qui est votre personne de confiance ?

La personne de confiance est quelqu'un en qui vous avez confiance, à qui vous souhaitez confier votre avis et vos souhaits si un jour vous ne pouvez plus vous exprimer. Elle peut être un membre de votre famille, un proche, ou une personne de votre choix.

- Nom :
- Prénom :
- Lien avec vous (famille, ami, autre...) :
- Adresse :
- Téléphone :
- Adresse e-mail (si connue) :

Je ne désigne pas de personne de confiance

- car je ne souhaite pas être représenté(e) par une personne de confiance
- car mes capacités cognitives ne me permettent pas de désigner une personne de confiance (MMSE :.....le :))



Souhaitez-vous qu'elle :

(Cochez ce qui vous convient)

- Vous accompagne lors de vos entretiens médicaux (avec votre accord)
 - Soit consultée si vous ne pouvez plus vous exprimer
 - Donne son avis si des décisions importantes sont à prendre
 - Soit informée en cas d'hospitalisation ou de situation urgente
-



Validité

Cette désignation est valable pour toute la durée de votre séjour en EHPAD, sauf si vous souhaitez la modifier.

Vous pouvez changer de personne de confiance à tout moment, sur simple demande écrite.



Signature

Je, soussigné(e) :

Nom, Prénom :

déclare désigner la personne mentionnée ci-dessus comme ma personne de confiance.

•Date :

•Signature du résident :



À remplir par la personne désignée (si présente)

Je soussigné(e),

Nom, Prénom :

accepte d'être la personne de confiance du résident mentionné ci-dessus.

•Signature de la personne de confiance :

•Date :

À noter : Ce formulaire est intégré au dossier du résident. Une copie peut être remise au résident et à sa personne de confiance.