



INFORMATION SUR LA PERSONNE DE CONFIANCE EN EHPAD

Art. L311-5-1 du code de l'action sociale et des familles – Décret du 18 octobre 2016

DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Toutes les personnes majeures (non protégés par une mesure de tutelle) prises en charge dans un établissement médico-social 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. Vous pouvez revenir sur votre décision à tout moment. Cette désignation est valable sans limitation de durée, sauf dispositions contraires notées.

RÔLE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Votre personne de confiance peut vous aider dans vos décisions. A ce titre, elle peut :

- Vous accompagner dans vos démarches de prise en charge sociale et médico-sociale et être présente lors de la signature du contrat de séjour
- Assister aux entretiens médicaux prévus dans le cadre de votre prise en charge médico-sociale
- Elle pourra être consultée par l'établissement si vous rencontrez des difficultés dans la compréhension de vos droits.

Elle peut également être désignée comme personne de confiance si vous êtes hospitalisé (Article L1111-6 du CSP)

JE SOUSSIGNE(E) NOM : Prénom :

Séjournant dans l'unité de l'EPS de Bellême

Désigne comme personne de confiance mentionnée à l'article L311-5-1 du CASF

NOM : _____ Prénom : _____

Parent (Lien de parenté : _____) Proche Médecin traitant

Adresse : _____

Téléphone : _____ Adresse mail : _____

Je souhaite que cette personne de confiance exerce également les missions de personne de confiance mentionnée à l'Article L1111-6 du CSP OUI NON

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

JE REVOQUE LA PERSONNE DE CONFIANCE DESIGNEE CI-DESSUS

Date : _____ Signature du patient : _____

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

REFUS OU INCAPACITÉ DU PATIENT/RÉSIDENT 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 traitant : _____

PERSONNE(S) A PREVENIR

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

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