

## DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

En application de la loi n° 2002-303 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L. 1111-6 ; le Résident peut désigner une **personne de confiance** qui sera **consultée dans l'hypothèse où ce même résident serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.**

**notice d'information établie conformément au modèle fixé en annexe du décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016, avec des explications orales adaptées à son degré de compréhension.**

Je soussigné (e)

**Nom :** ..... **Prénom** .....

**Date de naissance :** .../.../..... **Lieu de naissance :** .....

Désigne comme personne de confiance pour la durée de mon séjour à l'EHPAD « Le Parc Fleuri » de Pont-sur-Seine :

Monsieur  Madame  Mademoiselle

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse :**  
.....

**Téléphone privé :** .....

**Professionnel :** .....

**Portable :** .....

**E-mail** .....

Je lui fais part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :  Oui  Non

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées :  Oui  Non

Lien avec moi : .....

## NOTICE D'INFORMATION :

### J'ai bien noté :

- Que cette personne de confiance pourra être consultée par l'équipe médicale au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins ou de recevoir l'information nécessaire pour les faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de la joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.
- Qu'à ma demande, elle m'accompagnera dans mes démarches et pourra assister aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions.
- Que cette personne puisse prendre connaissance d'éléments de mon dossier médical en ma présence : elle n'aura pas accès à l'information en dehors de votre présence et ne devra pas divulguer des informations sans mon accord.
- Que cette personne a un devoir de confidentialité concernant les informations médicales qu'elle a pu recevoir et mes directives anticipées.
- Que cette personne puisse faire le lien avec ma famille ou mes proches mais peut aussi affronter une contestation s'ils ne sont pas d'accord avec mes volontés.
- Que sa mission ne concerne que ma santé : elle ne sera pas nécessairement la personne à prévenir s'il m'arrivait quelque chose, si j'étais hospitalisé(e) ou en cas de décès.
- Que je peux changer de personne de confiance à tout moment en remplissant une nouvelle fiche de désignation.
- Que c'est à moi de l'informer de cette désignation et de m'assurer de son accord.

Fait le : .....

Signature du Résident :

Signature de la personne de confiance :