

## DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

(Article L 311-5-1 du Code de l'action sociale et des familles ; Article L1111-6 du code de la Santé Publique)

**Madame, Monsieur,**

**Vous venez d'être admis au sein de l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, vous avez la possibilité de désigner une « personne de confiance ».**

La personne de confiance est définie comme étant une personne majeure, suffisamment proche de vous, qui connaît vos convictions et avec qui il existe une relation de confiance. En cela, il peut s'agir d'un membre de votre famille, d'un ami, d'un voisin, d'un médecin traitant...

Cette personne peut, si vous le souhaitez :

- Vous aider dans ses démarches à accomplir auprès de l'établissement
- Vous assister lors d'entretiens et rendez-vous médicaux afin de vous conseiller dans les meilleurs choix thérapeutiques à adopter.

Le rôle de la personne de confiance pourra s'avérer indispensable dans le cas où vous ne seriez plus en mesure de recevoir les informations médicales, ni de consentir à des actes thérapeutiques.

Elle deviendra alors un interlocuteur privilégié et la seule personne consultée par l'équipe médical et paramédicale. Ainsi l'équipe pourra adapter au mieux le traitement et prendre des décisions en fonction des impératifs médicaux et des convictions que vous auriez exprimé.

La désignation de la personne de confiance doit être faite par écrit et figurera dans votre dossier médical.

Elle est révocable à tout moment par écrit : il vous suffit d'en avertir le personnel et de désigner, le cas échéant, une nouvelle personne de confiance.

## DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

(Article L 311-5-1 du Code de l'action sociale et des familles ; Article L1111-6 du code de la Santé Publique)

### Je soussigné(e) :

Nom et prénom.....

Né(e) le ..... à .....

### Désigne

Nom et prénom.....

Né(e) le ..... à .....

Qualité (lien avec la personne) : .....

Adresse : .....

Coordonnées téléphonique : .....

E-mail :.....

comme personne de confiance en application de l'[article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles](#).

Fait à....., le .....

### J'ai bien noté que M., Mme, .....

- Pourra m'accompagner, à ma demande, dans les démarches concernant mes soins et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.

- Pourra être consulté(e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serai pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans des circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.

- Pourra décider de mon inclusion dans un protocole de recherche médicale, si je ne suis pas en mesure d'exprimer ma volonté.

- Ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin.

- Sera informé(e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord.

Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.

**Signature :**

**Cosignature de la personne de confiance**