

## FICHE DE DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

*(fiche à apporter signée le jour de l'admission et à remettre à l'infirmière qui vous accueillera)*

IMPORTANT : Au regard 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 patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Je soussigné(e),

NOM ..... Prénom .....

Date de naissance .....

Adresse .....

Téléphone(s) .....

Fax / Email : .....

Admis (e) au sein de l'établissement EHPAD Saint Joseph

A compter du .....

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Je souhaite désigner comme personne de confiance : .....

NOM ..... Prénom .....

Date de naissance .....

Adresse . .....

Téléphone(s) .....

Fax / Email : .....

Cette personne de confiance, légalement capable est :

- Un proche - Un parent - Mon médecin traitant

- Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches afin de m'aider dans mes décisions :

- OUI - NON

- J'ai été informé que cette désignation vaut pour toute la durée de mon séjour. Je peux retirer cette désignation à tout moment et dans ce cas je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

Fait à : , le .....

Signature du résident

### Cadre réserve à la personne de confiance

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance

Fait à : ..... , le .....

Signature