


		Date de création	Date de révision
 <p><b>Les Lices Jourdan</b> St-Sauveur-le-Vicomte Magneville EHPAD &amp; SSIAD</p>	<p><b>PERSONNE DE CONFIANCE</b></p>	<p>DLG/2015</p>	<p>DLG/2018</p>

## Les 5 questions à se poser :

### **1- Pourquoi désigner une personne de confiance ?**

- ⇒ Pour accompagner et conseiller : le but est d'aider dans les démarches à accomplir et d'assister aux entretiens médicaux.
- ⇒ Pour être représenté auprès du médecin, si vous n'êtes plus capable de vous exprimer : la personne de confiance est alors consultée et oriente le praticien afin d'adapter au mieux les soins en fonction des impératifs médicaux et des souhaits de la personne.

### **2- Qui peut désigner une personne de confiance ?**

Toute personne majeure, si elle n'est pas sous tutelle.

### **3- Qui choisir comme personne de confiance ?**

Il s'agit d'une personne majeure, suffisamment proche de la personne, pour connaître ses souhaits et à qui elle fait confiance : membre de la famille, ami, médecin traitant...

### **4- Quand désigner une personne de confiance ?**

Cette désignation peut être faite à tout moment et est facultative. Elle est révocable à tout moment.

Toutefois, elle peut être fixée pour une durée illimitée, en accord avec la personne âgée et la personne désignée.

### **5- Comment désigner la personne de confiance ?**

Par écrit, en utilisant le formulaire spécifique, qui sera joint à votre dossier administratif.

## FORMULAIRE DE DESIGNATION DE PERSONNE DE CONFIANCE

(Article L.1111-6 du Code de la Santé Publique)

Vous entrez à l'EHPAD LES LICES JOURDAN et aller y séjourner. Dès votre entrée, vous avez la possibilité de désigner « une personne de confiance ».

Cette désignation est **facultative**. Elle doit être faite par écrit et figure dans votre dossier administratif.

Je soussigné(e) Mme, Melle, M.....

Né(e) le .....

Déclare :

- Avoir reçu l'information sur la personne de confiance et souhaite désigner :

Nom et prénom de la personne de confiance : .....

N° de téléphone.....

Durée de la désignation :

◆ Je suis susceptible de faire l'objet d'hospitalisations répétées et je souhaite que la personne de confiance désignée ci-dessus soit la même pour chacune de mes hospitalisations :

- oui  non

◆ Je m'engage à prévenir la personne désignée comme personne de confiance de cette mission qui lui est confiée.

Fait à ..... Le.....

- Signature du résident :

- Dans l'incapacité de signer (désignation orale) (*à remplir par le personnel médical*)

- Signature de la personne de confiance recommandée :

### La révocation de la personne de confiance

Date de la révocation :.....

Signature du déclarant ou de son substitut :

Le :.....

**Fonction du déclarant :**

- Médecin
- Cadre de santé
- Infirmière
- Cadre administratif