

## Désignation d'une personne de confiance pouvant accompagner le résident

Madame, Monsieur,

Vous êtes hébergé(e) à l'EHPAD de Quiberon et vous souhaitez être accompagné(e) dans vos démarches. La loi du 4 mars 2002 vous autorise à désigner une personne de confiance, que vous choisirez librement parmi vos parents, proches, voire votre médecin traitant.

La mission de cette personne de confiance est définie par vous-même. Elle pourra, selon votre souhait :

- éventuellement vous accompagner pour toutes démarches à la maison de retraite ;
- assister aux entretiens médicaux pour vous aider dans vos décisions pour consentir à des actes médicaux.

La personne de confiance pourra aussi être consultée par le médecin si l'évolution de votre état de santé ne vous permet pas d'exprimer vous-même votre volonté et de recevoir l'information.

### **Important :**

**En aucun cas, nous n'autoriserons la personne de confiance à accéder à votre dossier médical en dehors de votre présence et sans votre accord exprès.**

### ➤ **Comment désigner la personne de confiance ?**

Vous devez le faire **par écrit**. Cette désignation est valable pour toute la durée de votre séjour sauf choix contraire de votre part. Vous pourrez à tout moment révoquer ce choix.

### ➤ **Personne de confiance et personne à prévenir**

En entrant à l'EHPAD de Quiberon, nous vous demandons d'indiquer la personne à prévenir en cas de besoin. Cette personne à prévenir est distincte de la personne de confiance. La personne de confiance est désignée par **écrit signé** de votre part et a vocation à être présente à vos côtés chaque fois que vous le souhaitez.

----- ✂ -----

## Désignation d'une personne de confiance en application de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades **Article L. 1111-6 du Code de la Santé Publique**

Je soussigné(e) .....résident(e) à l'EHPAD de Quiberon, désigne, Madame, Monsieur ..... domicilié(e) à ..... en tant que personne de confiance.

J'autorise, Madame, Monsieur, ..... à m'accompagner dans mes démarches, à assister aux entretiens médicaux. J'ai bien noté que Madame, Monsieur ..... pourra être consulté(e) par le médecin responsable au cas où je serais hors d'état d'exprimer ma volonté et de recevoir directement une information médicale.

La désignation de Madame, Monsieur, ..... en qualité de personne de confiance est valable pour la durée de mon séjour.

Signature de la personne de confiance :

Date :

Signature du résident :

La personne à prévenir peut être la même que la personne de confiance. Si oui, merci de cocher cette case.

----- ✂ -----

## Révocation de la personne de confiance

Je décide de révoquer la désignation de Madame, Monsieur.....comme personne de confiance.

Date :

Signature du résident :