

EHPAD Simon  
Bénichou - NancyRédigé par  
H. WEISSVérifié par  
I. CAILLEApprobateur  
S. GALMICHEEdité le  
18/10/2019Mis à jour  
09/04/2024**Formulaire de désignation de la personne de confiance****(Article L. 1111-16 du Code de la Santé Publique)**

Vous venez d'être admis dans notre structure et allez y séjourner. Dès votre admission, vous avez la possibilité de désigner une « **personne de confiance** ». Il s'agit d'une personne majeure, suffisamment proche de vous pour connaître vos convictions, et à qui vous faites confiance (un membre de votre famille, un ami, un voisin, votre médecin traitant, ...).

**Je soussigné(e),**

NOM Prénom : .....

Né(e) le : .....

Résident de l'EHPAD Simon Bénichou situé au 53 rue du Général Hoche à NANCY.

**Désigne**

Monsieur / Madame

NOM Prénom : .....

Né(e) le : ..... à .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Adresse e-mail : .....

Lien avec le résident : .....

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance : jusqu'à ce que j'en décide autrement, dans le cadre de mon séjour au sein de l'EHPAD Simon Bénichou.

J'ai bien noté que Monsieur / Madame (NOM Prénom) .....

- pourra, à ma demande, m'accompagner dans les démarches concernant mes soins et assister aux entretiens médicaux,
- pourra être consulté(e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins qui me sont prodigués et devra recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, aucune intervention importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre,
- ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurai 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 à tout moment par écrit. Il vous suffit d'en avvertir le personnel IDE et de désigner, le cas échéant, une nouvelle personne de confiance.

Par le présent document j'indique que ma personne de confiance exercera les missions mentionnée à l'article L.111-6 du Code de l'action de santé publique et selon ses modalités (en cas d'hospitalisation) : ☐ Oui ☐ Non

Je lui ai fait part de mes directives anticipées, telles que définies à l'article L.1111-11 du Code de l'action de santé publique si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : ☐ Oui ☐ Non

Ma personne de confiance possède un exemplaire de mes directives anticipées : ☐ Oui ☐ Non

Fait à ....., le ...../...../.....

Votre signature :	Signature de la personne de confiance :
-------------------	---