

Je souhaite désigner comme personne de confiance :

Mr, Mme, Mlle :

**NOM Prénom(s) :**

**née :**

**Date et lieu de naissance :**

**Adresse :**

**Téléphone(s) :**

**Fax :**

**Courriel :**

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 et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions :

**Fait à :**

**Le :**

**Signature du Résident :**

*Cadre réservé à la personne de confiance*

**Je soussigné(e) :**

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

**Fait à :**

**Le :**

**Signature de la personne de confiance :**

Fait en trois exemplaires dont un est remis au Résident, un conservé par l'établissement, un par la personne de confiance

## DOSSIER A NOUS RESTITUER A VOTRE ENTREE

### Votre entrée à l'EHPAD

**La décision d'entrée est une décision :**

Personnelle     Familiale     Médicale     Du tuteur

La décision d'entrée a été prise avec votre accord (*celle du futur Résident*) ?  oui  non

**Les motifs de cette décision sont :**

Des problème de santé     Une mesure de sécurité

La réponse à un sentiment de solitude

Un rapprochement familial

Un problème concernant le logement

Un changement d'institution

Un autre motif :

**Votre entrée est à priori :**

Provisoire :    Combien de temps ?

Permanente     Vous ne le savez pas encore

Vous envisagez peut-être de rester

**Les lieux de vie antérieurs à votre entrée :**

Chez vous     Chez un membre de la famille     A l'hôpital

Autres structures    Précisez :

Environnement urbain     Environnement rural

Maison     Appartement     Ferme     Jardin

Rez-de-chaussée     Étage     Ascenseur

Vous êtes :  Propriétaire     Locataire

Observations concernant votre habitat :

Avez-vous des voisins ?  oui  non

Avez-vous un animal de compagnie ?  oui  non

Si oui, lequel ?

Vous occupez-vous de votre maison ?  oui  non

Si oui avec aide ?  oui  non

Que faites- vous vous-même ?

Gérez-vous votre argent ?  oui  non

Prenez-vous des décisions vous-même ?  oui  non

Pour les actes de la vie courante et pour vos soins, vous avez recours à différentes aides à domicile :

**Type Aide :**

Aide familiale pour :

IDE

AS

Garde-malade

Kinésithérapeute

Orthophonie

Pédicure

Auxiliaire de Vie

Aide-ménagère


**Vous pensez désigner un membre de votre entourage pour vous aider dans vos démarches :**

Administratives Son nom :

Concernant votre santé Son nom :

en désignant votre personne de confiance :

Son nom :

Une protection juridique est-elle souhaitable ?  oui  non

L'avez-vous envisagé ?  oui  non



## Formulaire de désignation de la personne de confiance

*La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé prévoit que toute personne majeure peut désigner une personne de confiance pour l'aider dans ses décisions, recevoir l'information à sa place, et être consultée lorsque le Résident est hors d'état d'exprimer sa volonté. Cette personne peut être un parent, un proche, le médecin traitant...*

*La désignation doit se faire par écrit. Elle est révoquée à tout moment. On ne peut désigner qu'une seule personne de confiance à la fois. Les personnes majeures sous tutelle ne peuvent pas désigner de personne de confiance.*

Je soussigné (e)

**NOM Prénom:**

**né(e) :**

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Admis (e) au sein de l'EHPAD « Mon REPOS »

à AIGREFEUILLE sur MAINE à compter du :

**Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance :**

**Je reconnais avoir été informé de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.**

Fait à :

Le :

Signature :