

## **ANNEXE N°12 : RENSEIGNEMENTS DIVERS (RECHERCHE DU CONSENTEMENT DU RESIDENT A ENTRER DANS L'ETABLISSEMENT, DIRECTIVES ANTICIPEES ET PERSONNE DE CONFIANCE)**

### **RECHERCHE DU CONSENTEMENT**

L'établissement atteste que lors de l'admission du Résident son consentement à entrer dans l'établissement a été effectivement recherché.

Cette recherche de consentement a été effectuée par \_\_\_\_\_ en présence de \_\_\_\_\_

### **COORDONNEES DE LA PERSONNE DE CONFIANCE**

Personnes que vous souhaitez voir informées sur votre état de santé ainsi que sur les soins qui vous sont dispensés dans l'établissement :

Nom :

Nom :

## **PERSONNE DE CONFIANCE :**

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

Selon l'article L311-5-1 du code de l'action sociale et des familles : « *Lors de toute prise en charge dans un établissement ou un service social ou médico-social, il est proposé à la personne majeure accueillie de désigner, si elle ne l'a pas déjà fait, une personne de confiance dans les conditions définies au premier alinéa de l'article [L. 1111-6](#) du code de la santé publique. Cette désignation est valable sans limitation de durée, à moins que la personne n'en dispose autrement. Lors de cette désignation, la personne accueillie peut indiquer expressément, dans le respect des conditions prévues au même article L. 1111-6, que cette personne de confiance exerce également les missions de la personne de confiance mentionnée audit article L. 1111-6, selon les modalités précisées par le même code.*

*La personne de confiance est consultée au cas où la personne intéressée rencontre des difficultés dans la connaissance et la compréhension de ses droits.*

*Si la personne le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.*

*Lorsqu'une mesure de protection judiciaire est ordonnée et que le juge ou le conseil de famille, s'il a été constitué, autorise la personne chargée de la protection à représenter ou à assister le majeur pour les actes relatifs à sa personne en application du deuxième alinéa de l'article [459](#) du code civil, la désignation de la personne de confiance est soumise à l'autorisation du conseil de famille, s'il est constitué, ou à défaut du juge des tutelles. Lorsque la personne de confiance est désignée antérieurement au prononcé d'une telle mesure de protection judiciaire, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut soit confirmer sa mission, soit la révoquer. »*

Je soussigné(e) : Nom et prénom :

Né(e) le à :

Désigne :

Nom et prénom :

Né(e) le à :

Qualité (lien avec la personne) :

Adresse :

Téléphone fixe professionnel :

Portable E-mail :

Comme personne de confiance en application de l'[article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles](#).

Fait à, le :

Signature :

Co signature de la personne de confiance :

Partie facultative

Par le présent document, j'indique également expressément que cette personne de confiance exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'[article L. 1111-6 du code de la santé publique](#), selon les modalités précisées par le même code : oui  non

Je lui ai fait part de mes directives anticipées, telles que définies à l'[article L. 1111-11 du code de la santé publique](#), si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : oui  non

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui  non

Fait à, le

Signature :

Co signataire de la personne de confiance :