

Je, soussigné(e) (nom, prénom, adresse, date de naissance)

.....

Désigne M, Mme (nom, prénom, adresse, téléphone, mail)

.....

Lien avec la personne (parent, proche, médecin traitant, autre à préciser)

.....

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance

- jusqu'à ce que j'en décide autrement
- uniquement pour la durée de mon séjour dans l'établissement

J'ai bien noté que M, Mme

.....

- pourra m'accompagner, à ma demande, dans les démarches concernant mes soins et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- pourra être consulté(e) par l'équipe soignante au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.
- pourra décider de mon inclusion dans un protocole de recherche médicale, si je ne suis pas en mesure d'exprimer ma volonté.
- ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin.
- sera informé par mes soins de cette désignation et que je devrais m'assurer de son accord.

Je peux mettre fin à cette désignation à tout moment et par tout moyen.

Fait en triple exemplaires le à.....

• Conformément au Règlement général européen sur la protection des données (RGPD) et à la loi informatique et libertés modifiée, vous disposez des droits d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement, de portabilité, de limitation, au traitement de vos données qui font l'objet d'un traitement par l'EHPAD-Foyer d'Argoat de Ploufragan. Cf. **Article V** du contrat de séjour en hébergement temporaire et **Article IV** du contrat de séjour en hébergement permanent.

Signature de la personne désignée

Signature du résident