

FORMULAIRE DE RECHERCHE DE CONSENTEMENT
EN VUE D'UNE ADMISSION EN EHPAD
(article L 311-4 du code de l'action sociale et des familles)

Fait en 2 exemplaires : un exemplaire est remis au candidat à l'admission ou à son représentant légal, l'autre est conservé par l'établissement dans le dossier administratif.

Madame ou Monsieur
(Nom et prénom complets en lettres capitales)

Date de naissance : (jour/mois/année)

Candidat à l'admission au sein de l'établissement,

Exprime, en signant ce formulaire, avoir reçu **oralement lors d'un entretien avec :**

- Monsieur / Madame (nom et prénom)
représentant le Directeur de l'établissement,
- Monsieur (nom et prénom)
médecin coordonnateur,
- Monsieur / Madame (nom et prénom)
en qualité de **personne de confiance,**
- Monsieur / Madame (nom et prénom)
représentant légal de la personne,
- Monsieur / Madame (nom et prénom).....
en tant qu'**accompagnant,** lien de parenté éventuel :
.....

- Toutes les informations nécessaires pour comprendre l'intérêt de mon admission dans l'établissement, dans le respect de mes souhaits et de mes attentes,
- Avoir pu poser toutes les questions nécessaires à la bonne compréhension de ces informations et recevoir des réponses claires et précises,
- J'ai notamment bien compris les dispositions et les prises en charges qui pourraient m'être proposées en cas de perte d'autonomie physique ou psychique, notamment celles liées à l'accompagnement des résidents atteints de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées,
- La possibilité de visiter l'établissement m'a été proposée.

Le représentant de l'établissement et le médecin coordonnateur attestent de l'adhésion manifeste de la personne reçue en entretien à entrer à l'EHPAD.
Ils s'engagent également à ne pas considérer pour définitivement acquis le consentement recueilli et de s'assurer régulièrement de l'actualité du consentement.

Le représentant de l'établissement et le médecin coordonnateur attestent du refus manifeste de la personne reçue en entretien à entrer à l'EHPAD, par une opposition verbale et / ou gestuelle, nécessitant le report de l'admission.

Cependant, en lien avec la personne de confiance et/ou l'accompagnant, toutes les informations permettant d'assurer une prise en charge respectueuse des attentes de la personne, pourront être évoquées.

Le médecin coordonnateur constate l'incapacité de la personne à exprimer un consentement à entrer à l'EHPAD.

<p><u>Observations :</u></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--

Formulaire de recherche de consentement établi entre

Madame / Monsieur (nom et prénom)

Madame / Monsieur (nom et prénom)
représentant le Directeur de l'établissement,

Le médecin coordonnateur de l'EHPAD, le docteur

Fait à La Châtre, le

Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Signature	Signature	Signature