



**ETABLISSEMENT PUBLIC COMMUNAL
D'ACCUEIL DE PERSONNES AGEES
DE LA VILLE DE DIJON**



FORMULAIRE DE RECUEIL DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Admission en EHPAD EPCAPA

(Fait en 2 exemplaires : un exemplaire est remis au résident ou à son représentant légal, l'autre est conservé par l'établissement)

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
toutes les informations nécessaires pour comprendre l'intérêt de mon admission dans
l'établissement, les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles.

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.

J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant entre les informations reçues et ce consentement
avant de prendre ma décision.

Recueil des données :

Les données ayant trait à ma situation administrative, à mon état de santé et à mes habitudes
et souhaits de vie, demeurent strictement confidentielles et ne peuvent être consultées que par le
personnel de la résidence et les intervenants extérieurs utiles ou nécessaires à l'accomplissement
des actes d'accompagnements décrit dans l'ensemble des documents contractuels. Tous ces
personnels, demeurent astreints au secret professionnel.

Ces données pourront être consultées si nécessaire par les autorités sanitaires et judiciaires.

Fait à, le

Pour l'établissement
Le Directeur

Le Résident
ou son représentant légal :
Le Mandataire (nom et qualité)