



## Recueil de l'avis des proches préalablement à la réalisation d'un acte de soin sur personne n'étant pas en mesure d'exprimer sa volonté

Cet avis est pris en compte dans la décision médicale collégiale concernant le résident qui ne peut décider seul et qui n'est pas légalement représenté.

Je,  
Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Domicilié(e) à : \_\_\_\_\_

Déclare :

- <sup>(2)</sup> Être personne de confiance,  
 <sup>(2)</sup> Être le référent familial du patient / résident,  
 <sup>(2)</sup> Être un autre proche du patient / résident (préciser le lien de parenté, de connaissance) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

De :  
Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_

Informé(e) via une fiche d'information spécifique à la vaccination anti-COVID-19 qui m'a été remise :

- <sup>(2)</sup> Donne un avis favorable à la vaccination de mon proche résident,  
 <sup>(2)</sup> Donne un avis défavorable à la vaccination de mon proche résident,  
 <sup>(2)</sup> Ne se prononce pas,  
 <sup>(2)</sup> Avis divergent au sein de la famille ou de l'entourage du résident (précisez le contexte).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

*A remettre / renvoyer au service accueillant le patient/résident*