

**MESURE LIMITANT LA LIBERTE DE MOUVEMENT EN EMS
MISE EN ŒUVRE A LA PROPRE DEMANDE DU RESIDENT**

La personne mentionnée ci-dessous réside dans l'institution précitée (personne concernée) :

Nom	Prénom	Date de naissance	Date du bilan (date de l'évaluation)

La personne concernée paraît actuellement capable de discernement et elle demande elle-même la mesure de limitation de sa liberté de mouvement suivante :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> isolement; | <input type="checkbox"/> attaches; |
| <input type="checkbox"/> barrières de lit; | <input type="checkbox"/> lavage forcé; |
| <input type="checkbox"/> tablette fixée sur une chaise roulante; | <input type="checkbox"/> bracelet électronique; |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Le motif invoqué par la personne concernée est :

.....
..... ;

L'équipe soignante a été consultée (voir dossier patient) et elle est () favorable () défavorable à la mesure volontaire ;

Le représentant de la personne concernée M est () favorable () défavorable à la mesure volontaire ;

Son médecin-traitant Dr est () favorable () défavorable à la mesure volontaire ;

d é c i d e :

- Il est fait droit à la demande susmentionnée de mesure volontaire.
- La personne concernée peut demander en tout temps la levée immédiate de la mesure.

Ainsi **décidé** à le

pour être communiqué à la personne concernée, au personnel soignant, ainsi qu' :

à la personne habilitée à représenter la personne concernée dans le domaine médical (art. 378 [ordre de priorité des représentants] et 384 al. 2 du CCS), à savoir :
M.....

à un proche de la personne concernée (art. 385 al. 1 du CCS), à savoir :
M.....

Signature de la personne intéressée :

Signature de la personne habilitée selon les directives internes de l'EMS :

Nom : Prénom.....

Signature :

Fonction :

*

*

*

Levée de la mesure :

A la demande de la personne intéressée, la mesure volontaire a été levée

à le

pour être communiqué à la personne concernée, au personnel soignant, ainsi qu' :

à la personne habilitée à représenter la personne concernée dans le domaine médical (art. 378 [ordre de priorité des représentants] et 384 al. 2 du CCS), à savoir :

M.....

à un proche de la personne concernée (art. 385 al. 1 du CCS), à savoir :

M.....

Signature de la personne intéressée :

Signature de la personne habilitée selon les directives internes de l'EMS :

Nom : Prénom :

Signature :

Fonction :