

LETTRE DE CONSENTEMENT INCLUSION DU PATIENT

Vous avez pris connaissance de la lettre d'information que nous vous avons préalablement remise et vous remercions de bien vouloir compléter les informations suivantes :

NOM DE NAISSANCE :

NOM D'USAGE :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : /. /.

PAYS DE NAISSANCE :

VILLE ET ARRONDISSEMENT DE NAISSANCE :

SEXE : ☐ HOMME ☐ FEMME ☐ AUTRE ☐ INCONNU

ADRESSE :

CODE POSTAL :

COMMUNE :

TÉLÉPHONE :

MOBILE :

PERSONNE DE CONFIANCE :

REPRÉSENTANT LÉGAL : ☐ NON ☐ OUI SI OUI, NOM :

TÉLÉPHONE :

MOBILE :

DESTINATAIRE LETTRE DES FAMILLES : ☐ OUI ☐ NON

ADRESSE DESTINATAIRE LDF :

LETTRE DE CONSENTEMENT INCLUSION DU PATIENT

La communication des informations concernant votre parcours de soins se fait auprès des structures/professionnels intervenant habituellement dans votre cercle de soins.

Nous vous remercions de compléter le tableau ci-dessous :

	Nom/Prénom/Structure	Mail	Téléphone
Médecin traitant			
Suivi spécialisé			
Soins infirmiers à domicile			
Pharmacien			
Aide à domicile			
Autre			
Autre			

J'ATTESTE¹ :

- ☐ Avoir compris le contenu de la lettre d'information.
- ☐ Approuver le contenu de la lettre d'information.

J'ACCEPTE¹ :

- ☐ D'être accompagné(e) par le dispositif d'appui à la coordination DAC 92 Nord.
- ☐ De faciliter la coordination du travail des professionnels qui interviennent auprès de moi.

J'AUTORISE¹ l'association Sémaphore Santé – DAC 92 Nord :

- ☐ A communiquer mes données recueillies, si besoin, à tout professionnel de santé ou médico-social qui participe à la prise en charge de ma maladie et dont j'ai transmis les coordonnées au réseau.
- ☐ A utiliser les informations que je lui ai transmises à des fins statistiques. Ces informations sont au préalable rendues anonymes conformément aux dispositions de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés - CNIL

Fait à

le

Signatures

☐ de l'utilisateur

☐ de son représentant légal

¹ Veuillez cocher les cases correspondantes si vous êtes d'accord avec l'affirmation