

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 :			
SEXÉ :	<input type="checkbox"/> HOMME	<input type="checkbox"/> FEMME	<input type="checkbox"/> AUTRE
			<input type="checkbox"/> INCONNU

ADRESSE :	
CODE POSTAL :	COMMUNE :
TÉLÉPHONE :	
MOBILE :	

PERSONNE DE CONFIANCE :			
REPRÉSENTANT LÉGAL :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	SI OUI, NOM :
TÉLÉPHONE :			
MOBILE :			
DESTINATAIRE LETTRE DES FAMILLES :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> 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'usager

de son représentant légal

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