



Formulaire de consentement du patient pour sollicitation auprès du DAC Montreuillois Ternois Arrageois

Je soussigné(e)

Nom Prénom reconnais

- Avoir été informé(e) de la sollicitation du DAC Montreuillois Ternois Arrageois par un professionnel ou un proche.
- Avoir été préalablement informé(e) de l'échange d'informations strictement nécessaires à la coordination et la continuité des soins, à la prévention et au suivi me concernant.

Je confirme que les informations que j'ai reçues m'ont été transmises dans des termes clairs et précis.

Je confirme que mon consentement est libre et que je ne suis soumis(e) à aucune contrainte.

J'autorise l'équipe du DAC à contacter mon médecin traitant, le Dr ainsi que l'équipe médicale du domicile.

J'ai aussi été informé que :

- Je suis libre de retirer mon consentement à tout moment sans subir le moindre préjudice.
- Je conserve le libre choix de mon médecin, de mes infirmier(e)s, ainsi que des autres professionnels de santé libéraux qui pourraient avoir à intervenir à mon domicile.
- Je dispose d'un droit permanent d'accès aux informations contenues dans mon dossier.
- Je reste parfaitement libre de me retirer du DAC à tout moment.
- Que le DAC utilise un outil numérique pour le recueil de mes données.

Fait à, le / / 20

Signature

Si le patient est dans l'incapacité d'exprimer son consentement, personne qui le représente

Nom : Prénom en qualité de

donne son consentement pour la prise en charge par le DAC Montreuillois Ternois Arrageois.

Fait à, le / / 20

Signature de la personne de confiance ou de son représentant légal :

En l'absence de consentement écrit, je soussigné(nom/prénom)

(profession) avoir reçu un consentement oral lede

Mr/Mme né(e) le

Signature :

Document à envoyer avec la feuille de sollicitation à accueil@dac-mta.fr