



**Ce dossier contient des informations médicales
CONFIDENTIELLES**

Outil de communication multi-disciplinaire du secteur **médical, para-médical, et médico-social**, il assure une meilleure coordination et continuité des soins dans l'intérêt du patient et de son entourage.

LE PATIENT dispose d'un libre accès aux informations le concernant et est libre d'autoriser ou de refuser l'accès au présent dossier à des tiers (désignation de la personne de confiance).

LE PROFESSIONNEL ayant mis en place le dossier en est responsable et en assurera l'archivage à l'issue des soins ou à la fin.

Consentement du Patient

Article L. 1111- 4 du Code de la Santé Publique : «Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. (...) Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment»

M. / Mme _____

Né(e) le ____ / ____ / ____ à _____

Par cette signature, j'atteste avoir reçu les informations et les préconisations relatives au plan de soins infirmiers qui m'est proposé et en donne mon consentement.

Date et signature :