

Consentement du Patient

Par cette signature, j'accepte le plan de soins infirmiers qui m'est proposé ainsi que la mise en place et l'utilisation par les professionnels de santé du présent dossier de soins.

Date :

Signature du patient

Professionnel ou structure du secteur médical ou paramédical dépositaire du dossier*

Ce DOSSIER contient des informations médicales CONFIDENTIELLES.

Outil de communication entre les différents intervenants professionnels des secteurs **médical** et **para-médical**, il assure une meilleure coordination des soins dans l'intérêt du patient.

LE PATIENT :

- dispose du libre accès aux informations le concernant
- **est libre d'autoriser ou de refuser l'accès au présent dossier à des tiers.**

* Le professionnel ou la structure du secteur médical ou paramédical ayant mis en place le dossier reste dépositaire et pourra archiver ce dossier ainsi que son contenu.