

 une institution de référence pour la santé des adolescent·e et des jeunes adultes	ATTESTATION PORTANT SUR LES INFORMATIONS RELATIVES A MA SANTE	PEC-FRM
		005
Clinique FSEF Vence	<small>1.1-03 Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités</small> <small>1.2-05 Le patient bénéficie du respect de la confidentialité des informations le concernant</small> <small>1.3-01 Avec l'accord du patient et selon la situation, les proches et/ou aidants doivent pouvoir s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins</small>	Page 1 sur 1
Liens thématiques HAS :		

Etiquette du patient

Je soussigné(e) : (Nom et Prénom du patient)

.....

Né(e) le :/...../..... ☐ Patient Majeur

Nom et prénom des responsables légaux :

.....

Atteste être informé(e) :

- De l'échange par un professionnel avec un ou plusieurs professionnels identifiés d'une ou des informations me concernant, à condition qu'ils participent tous à ma prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social me concernant.
- Du partage de l'ensemble des informations me concernant entre professionnels appartenant à la même équipe de soins, dès lors qu'elles sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social me concernant. Du partage entre professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins d'informations me concernant et nécessaires à ma prise en charge. Mon consentement à ce partage d'informations sera dans ce cas préalablement recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée.

Ces informations sont réputées confiées à l'ensemble de l'équipe de soins.

Dans le strict respect des règles déontologies inhérentes aux professions concernées, ce partage d'informations se fera en lien également avec d'autres professionnels de santé, si je le demande expressément à ma sortie, conformément à l'article R.112-1 du Code de la Santé Publique, à un praticien que j'ai (ou la personne ayant l'autorité parentale) désigné.

Transmission de la lettre de liaison qui me sera remise à la sortie à mon médecin traitant et, le cas échéant, au praticien adresseur : ☐ J'autorise ☐ Je refuse

Transmission de la copie de la lettre de liaison qui me sera remise à la sortie au médecin scolaire de mon établissement de référence, si besoin (enveloppe confidentielles directement adressé au médecin scolaire) : ☐ J'autorise ☐ Je refuse

En cas d'opposition de ma part, j'en informe la Clinique Les Cadrans Solaires, en précisant les professionnels pour lesquels je m'oppose à l'échange et au partage d'informations me concernant. Je peux exercer mon droit d'opposition à tout moment.

Toutefois, je serais informé(e) des conséquences éventuelles de ce refus sur ma prise en charge.

.....

.....

.....

Date :/...../.....

Si Patient Mineur :

Signature de la mère : Signature du père : Signature du patient : Signature du représentant légal :