



## 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 de prise en charge à informer mon médecin traitant, le Dr .....  
de mon accompagnement par le DAC Montreuillois Ternois Arrageois.

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.*

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 :