

## CONSENTEMENT DU PATIENT

Je, soussigné(e) :

**Nom prénom :** \_\_\_\_\_

**Date de naissance :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

**Téléphone :** \_\_\_\_\_

J'accepte que les informations me concernant soient utilisées :

- De façon nominative, au bénéfice de mon parcours de santé,
- De façon anonyme, pour des études et travaux de recherche.

Je reconnais :

- Avoir pris connaissance du document d'information aux usagers.
- Avoir pris connaissance des missions du DAC Passerelles Santé ABC.

Je vous autorise à informer mon médecin traitant, le Dr (nom – prénom) :

\_\_\_\_\_

Exerçant à \_\_\_\_\_ de mon accompagnement par le DAC Passerelles Santé ABC.

**Si le patient est dans l'incapacité d'exprimer sa demande, personne qui le représente :**

**Nom prénom :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

**Téléphone :** \_\_\_\_\_

**Lien de parenté :** \_\_\_\_\_

**Demande pour M \_\_\_\_\_ son admission dans le DAC Passerelles Santé ABC**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Signature :**