

Nom de naissance.....
 Nom usuel (si différent)
 Prénom.....
 Adresse.....
 Code Postal Commune
 N° de téléphone (fixe et portable) :
 Courriel :
 Date de naissance :/...../.....et lieu de naissance¹
 Organisme d'assurance maladie de rattachement

 N° d'immatriculation

Nom de l'assuré (si différent du patient)
 Prénom.....
 Date de naissance

Personne de confiance : Nom et prénom
 Coordonnées.....

Ou le cas échéant le représentant légal pour un mineur ou un majeur protégé :
Représentant légal: Nom et prénom.....
 Adresse.....
 Code Postal Commune
 N° de téléphone (fixe et portable) :
 Courriel :

Dispositions obligatoires

- Je soussigné(e).....
- Accepte les termes de la charte du DAC Loire et y adhère pleinement.
 - Accepte que le Docteur.....soumette et transmette mes données de santé utiles et nécessaires aux professionnels engagés dans ma prise en charge.
 - Ai été averti que le DAC conservera, dans des conditions garantissant leur confidentialité, une copie des documents qui lui auront été transmis jusqu'à ma sortie du dispositif.
 - M'engage à informer le DAC de toute modification concernant ma situation.

Conformément à la loi du 4 mars 2002, portant droit des malades, je reste entièrement propriétaire des données me concernant.

¹Code postal de naissance ou pays pour les personnes nées à l'étranger



RECUEILS DE DONNEES

Les renseignements recueillis par le DAC sont confidentiels.

Conformément aux articles 36 et 40 de la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, je dispose d'un droit d'accès et de rectification des données me concernant.

Ce droit d'accès s'exercera par simple lettre auprès de la direction du DAC.

J'accepte que les informations nécessaires et utiles soient partagées avec les professionnels intervenants dans ma situation, mon médecin traitant et/ou spécialiste ou tout autre professionnel intervenant dans mon parcours de santé.

TRAITEMENT INFORMATIQUE

Il est entendu que les données me concernant, recueillies et informatisées, seront exploitées dans le respect absolu des dispositions de la loi 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques.

J'accepte que les données recueillies puissent être utilisées de façon anonyme pour l'évaluation du programme ou à des fins d'études et de recherches.

ACCES AUX DONNEES DE SANTE PARTAGEES

J'autorise le DAC Loire à accéder à mes données de santé par l'utilisation des outils développés par l'Agence Régionale de Santé. (**Rayer la mention en cas de refus**).

Je peux, si je le souhaite, exercer mon droit d'opposition à l'enregistrement de ces données.

Ces droits d'accès pourront être supprimés sur simple demande adressée au GCS SARA.

PARTAGE AVEC LES OUTILS REGIONAUX

J'accepte que mes données de santé, nécessaires et utiles, soient également partagées à l'aide des outils développés par l'Agence Régionale de Santé.

Pour autant je refuse de partager ces données avec :

(Barrer les lignes si pas de restriction)

Nom, prénom, profession, ville ou structure d'exercice

.....
.....

Ces professionnels ne pourront en aucun cas être inclus dans le partage de ces données.

Date :

Signature du patient (ou de son représentant) :

- J'ai bien reçu l'ensemble des informations de la part du référent de parcours du DAC Loire, mais je ne souhaite pas y adhérer.

Date :

Signature du patient (ou de son représentant) :

- Après évaluation à domicile, la situation de ne nécessite pas l'habilitation du DAC Loire.

Date de la visite d'évaluation :

Nom et Signature du référent de parcours :

- Après évaluation de la situation, la personne n'est pas en mesure de comprendre le contenu du présent document d'adhésion. Pour autant, elle se montre favorable à l'intervention du DAC Loire.

Date de l'évaluation :

Nom et Signature du référent de parcours/du professionnel de santé :