

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

A CHACUNE DE VOS VISITES, merci de vous munir de ce formulaire complété et/ou modifié
Votre prochaine consultation est prévue le

PATIENT			
NOM		Prénom(s)	
Date de naissance		à <i>(lieu de naissance)</i>	
Sexe		N° de Sécu. Sociale :	

Dénomination du lieu de vie <i>(si autre que foyer familial)</i>			
Adresse (s) <i>(si l'hébergement est double, indiquer les <u>2</u> adresses)</i>			
Coordonnées téléphoniques <i>* personne à joindre en premier</i>	Portable (*) :	Téléphone (autre) :	Fixe :
Email <i>(Institutions : privilégiez une adresse générique à l'adresse nominative)</i>			

CONTACTS DU PATIENT	
(contacts autorisés à recevoir les correspondances)	
Personnes à prévenir Lien de parenté NOM Prénom Adresse Téléphone Email	
Représentants légaux du mineur Lien de parenté NOM Prénom Adresse Téléphone Email	
Tuteur / habilitation familiale générale : Lien de parenté NOM Prénom Adresse Téléphone Email	

AUTRE(S) MESURE(S) DE PROTECTION ¹	
Curateur : Lien de parenté NOM Prénom Adresse Téléphone Email	
Autre mesure de protection Nature : <input type="checkbox"/> Curatelle renforcée <input type="checkbox"/> Habilitation familiale avec assistance relative à la personne <input type="checkbox"/> Mandat de protection future relatif à la personne NOM Prénom Adresse Téléphone Email	

Tournez SVP

¹ Si un majeur bénéficie d'une mesure de protection avec représentation relative à la personne, les informations concernant son état de santé sont communiquées à la personne chargée de cette mesure. Si un majeur bénéficie d'une mesure de protection avec assistance relative à la personne, les informations concernant son état de santé peuvent être communiquées à la personne chargée de cette mesure à condition que le patient protégé y consente expressément (art L.1111-2, III du CSP).

Personne de confiance <i>(si désignée, le cas échéant)</i>	
Lien de parenté NOM Prénom Adresse Téléphone Email	

INFORMATIONS IMPORTANTES
Consultez vos droits sur le verso de la lettre de confirmation

Echange de données entre professionnels relatives à votre santé

Nous devons obtenir votre consentement pour recueillir, traiter et échanger vos données médicales avec les professionnels de santé externes afin de coordonner votre suivi médical. Vous avez le droit de refuser.

J'autorise l'Institut à recueillir, traiter et échanger mes données médicales avec les professionnels de santé externes, si nécessaire.

Je refuse que l'Institut recueille, traite ou échange mes données médicales avec des professionnels de santé externes.

Votre dossier médical et Espace Santé



Afin de participer à la prise en charge du patient, les professionnels de santé de l'IJL ont besoin d'accéder (**consulter/télécharger**) aux données de santé stockées dans son compte Mon espace santé et d'y déposer (**alimenter**) les documents, qui pourront être consultés par les autres professionnels autorisés qui le prennent en charge. (Article L1111- 15 du CSP)

(Le patient peut s'opposer en contactant le Délégué à la Protection des Données (dpo@institutlejeune.org) ou le secrétariat médical.

COORDONNEES DES CORRESPONDANTS <i>(Correspondants autorisés à recevoir des comptes rendus)</i>	Autorisés ?	
	Oui	Non
Médecin traitant NOM Prénom Spécialité Adresse Téléphone Email		
Médecin(s) spécialiste(s) <i>(ORL, cardiologue, neurologue, ophtalmologue, etc.)</i> NOM Prénom Spécialité Adresse Téléphone Email		
Médecin de la Structure de Prise en Charge <i>(CAMSP / SESSAD / IME / CMP / etc.)</i> <i>A l'attention du Médecin/Sce médical</i> NOM Prénom Structure Adresse Téléphone Email		

AUTRES CORRESPONDANTS	
Rééducateur(s) <i>(Orthophoniste, kinésithérapeute, etc.)</i> NOM Prénom Spécialité Adresse Téléphone Email	
Autres correspondants NOM Prénom Spécialité Adresse Téléphone Email	