

## CONSENTEMENT ECLAIRE DU PATIENT

### 1 IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom de naissance : .....

Nom usuel (si différent) : .....

Premier prénom : ..... Sexe :  M  F

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance<sup>1</sup> : .....

**OU**

Collez ici l'étiquette patient

### 2 PROFESSIONNELS DE SANTE AUTORISES

J'autorise ces professionnels de santé et leur équipe soignante à accéder à mes données de santé.  
 Ces droits d'accès pourront être supprimés sur simple demande adressée par courrier au GCS Sara<sup>2</sup>.

Profession	Nom	Prénom	Ville ou structure d'exercice
Médecin traitant			
Infirmier			
Pharmacien			

### 3 PROFESSIONNELS DE SANTE PROSCRITS

Ces professionnels ne pourront en aucun cas être inclus dans l'équipe me prenant en charge, même s'ils appartiennent à l'équipe d'un acteur habilité.

Profession	Nom	Prénom	Ville ou structure d'exercice

### 4 SIGNATURE

**Signature du patient** ou de son représentant légal<sup>3</sup> :

Fait à : .....

Le : ..... / ..... / .....

Ma signature engage ma responsabilité et m'expose aux poursuites prévues par la loi en cas de fausse déclaration sur mon identité. La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés me donne la possibilité d'obtenir communication des informations enregistrées concernant cette demande afin de vérifier leur exactitude et de faire redresser toute anomalie constatée. Ce droit d'accès s'exerce auprès de l'administrateur du GCS SISRA<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Code postal de naissance ou pays de naissance pour les personnes nées à l'étranger

<sup>2</sup> GCS Sara, Parc Technologique de la Part Dieu, 24 allée Evariste Gallois – 63170 AUBIÈRE

<sup>3</sup> La personne en charge du recueil du présent document est responsable de l'identification du signataire.