

**FICHE DE RECUEIL DE CONSENTEMENT A L’UTILISATION DE MON ESPACE SANTE**

*[Cliquez ici pour insérer le logo de l’établissement]*

**Objet : consentement à pour utiliser de Mon Espace Santé**

Ce document est pour les personnes qui vivent dans **[Nom de l’établissement]**.  
Il sert à dire **OUI** ou **NON** pour utiliser Mon espace santé.

**Une image contenant Graphique, capture d’écran, symbole, graphisme

Le contenu généré par l’IA peut être incorrect.**

**Qu’est-ce que Mon espace santé ?**

* C’est un espace en ligne sécurisé pour vos **informations importantes** (santé, médico-social, social).
* Il aide les professionnels à mieux vous accompagner.

**Une image contenant capture d’écran, Graphique, symbole, Police

Le contenu généré par l’IA peut être incorrect.**

**Je m’appelle :**

[Nom du résident]

**Si quelqu’un me représente :**

[Nom du représentant] :

**Une image contenant clipart, Graphique, conception, dessin humoristique

Le contenu généré par l’IA peut être incorrect.**

**Je comprends que :**

* On m’a expliqué ce qu’est Mon espace santé et les services liés.
* Je peux dire OUI ou NON.

**Une image contenant clipart, Graphique, conception, dessin humoristique

Le contenu généré par l’IA peut être incorrect. Je donne mon accord pour que :**

Les professionnels **ajoutent des informations** dans Mon espace santé.

Les professionnels **consultent des informations** dans Mon espace santé pour m’accompagner.

**Une image contenant Graphique, symbole, Bleu électrique, conception

Le contenu généré par l’IA peut être incorrect. Important :**

* Je peux **changer d’avis** et retirer mon accord à tout moment.
* Pour cela, je contacte le directeur de l’établissement.
* Mes données sont **protégées** **par la loi** (**RGPD**) et par le C**ode de la santé publique.** Ce document respecte ces règles.
* Ce document sera gardé dans mon dossier.

Date : [Date du jour]

Signature du résident : Signature de l’établissement :