Une image contenant blanc, conception

Le contenu généré par l’IA peut être incorrect.

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

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

**Objet : consentement à l’utilisation de *Mon Espace Santé***

Ce formulaire est destiné aux résidents de [Nom de l’établissement]. Il vise à recueillir leur consentement — ou celui de leur représentant légal — pour :

* **l’alimentation du DMP** avec des documents sensibles (projet personnalisé, bilans, autorisations, attestations…) ;
* **la consultation du DMP** par les professionnels habilités de [Nom de l’ESMS], dans le cadre de leur mission d’accompagnement.

Je soussigné(e) : [Nom du résident]

Représenté(e) le cas échéant par : [Nom du représentant]

Déclare :

Avoir reçu toutes les informations nécessaires sur le DMP et ses modalités d’accès :

**Oui**  **Non**

Autorise les professionnels de [Nom de l’établissement] à alimenter mon DMP :

**Oui**  **Non**

Autorise les professionnels de [Nom de l’établissement] à consulter pour assurer mon suivi et mon accompagnement :

**Oui**  **Non**

Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment en contactant le représentant légal de l’établissement.

**Base légale** :

Ce consentement est recueilli conformément à l’article L1111-17 du Code de la santé publique, qui précise que : « Tout professionnel participant à la prise en charge d’une personne peut accéder, sous réserve du consentement de la personne préalablement informée, au dossier médical partagé de celle-ci et l’alimenter. »

Il respecte également les dispositions du RGPD (articles 5, 7 et 9) relatives au traitement des données sensibles. Ce document sera conservé dans votre dossier.

Date : [Date du jour]

Signature du résident Signature de l’établissement