



DOSSIER DE SOINS

Dossier de coordination et de soins infirmiers

Ce dossier patient contient des informations médicales **confidentielles**.

Le patient dispose du libre-accès aux informations le concernant.

Le patient est libre d'autoriser ou de refuser l'accès du présent dossier de soins à des tiers.

Ce dossier permet d'assurer la continuité de vos soins et d'être le lien entre votre médecin traitant, vos infirmiers libéraux et les autres professionnels de santé.

Nous vous conseillons de le garder à votre domicile, de le présenter à votre médecin traitant pour un suivi optimal.

Consentement du patient – Dossier patient¹

Mme / Mr
accepte l'élaboration de mon dossier patient tenu à jour par l'infirmier libéral que
j'ai choisi.

- ☐ J'ai reçu l'information nécessaire
- ☐ J'en ai bien compris la signification
- ☐ Je donne mon consentement*

** = Dans le cadre de ma prise en charge, j'accepte que les infirmiers prennent des photos, qui pourront être transmises aux professionnels de santé partenaires.*

Date :

Signature du patient ou de son représentant légal ou de la personne de confiance (art L.1111-6 du CSP) :

Cachet et signature de l'infirmier, dépositaire de ce dossier patient, qui pourra archiver son contenu :

¹ : Ce document sera conservé dans le dossier du patient, une copie pourra être remise au patient à sa demande.

FICHE ADMINISTRATIVE DU PATIENT

Nom :	
Prénom :	Date de naissance :
Tél :	N° SS :
Adresse :	Mutuelle :

Entourage – personnes ressources		
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Qualité :	Qualité :	Qualité :
Tél :	Tél :	Tél :
Adresse :	Adresse :	Adresse :

Personne de confiance (art. L.111-6 du CSP)	
Nom :	Prénom :
Adresse :	

Intervenants – Prof de santé	Nom	Tél.	Signature
Médecin traitant			
Spécialiste(s)			
Cabinet infirmier			
Masseur-kinésithérapeute			
Pharmacie			
Laboratoire			
Prestataire médical			
Intervenant(s) du médico-social			
Autres			