Attestation de consentement du patient

**Informations sur le représentant légal du patient (le cas échéant)**

Nom…………………………………………. Prénom……………………………………

Date de naissance…/…/…

**Informations sur le patient**

Nom…………………………………………. Prénom…………………………………… Date de naissance…/…/…

N°de sécurité sociale…………………………………………………………………….

Médecin traitant………………………………………………………………………………………………………………….

Le patient ou son représentant légal déclare avoir reçu toutes les informations concernant le protocole de coopération entre médecins généralistes, pharmaciens d’officine et infirmiers diplômés d’état (IDE) « Odynophagie chez les patients de 6 à 45 ans ». Ce protocole est autorisé par le décret d’application n°2021-23 du 14 janvier 2021 de l’arrêté du 6 mars 2020 relatif à l’autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de l’odynophagie par l’infirmier diplômé d’état ou le pharmacien d’officine dans le cadre d’une structure pluriprofessionnelle ».

Le patient ou son représentant légal déclare consentir à son inclusion dans le protocole précédemment cité ainsi qu’à sa prise en charge par :

**Informations sur le professionnel de santé réalisant la prise en charge**

Nom…………………………………………. Prénom……………………………………

Profession : Infirmier Pharmacien

N° RPPS…………………………………….

Le patient ou son représentant légal déclare qu’il ne s’est pas opposé à l’accès de son dossier médical par le professionnel de santé réalisant la prise en charge

Le patient ou son représentant légal a également été informé qu’il peut mettre fin à son inclusion au protocole à tout moment au cours de son parcours de prise en charge

**Fait à…………………………………………….. le …/…/… à …h… :**

**Signature du professionnel de santé**

**Cachet du professionnel de santé**

**Signature du patient**

**(Ou de son représentant)**

Informations de traçabilité du document

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de la structure pluriprofessionnelle** |  |
| **Date de rédaction initiale** | 30/08/2021 |
| **Dernière date de révision** | 30/08/2021 |
| **N° de version actuel** | 1 |
| **Nombre de pages** | 1 |
| **Date de validation** | 30/08/2021 |
| **Référence du document** | E. 01 – Attestation de consentement du patient |
| **Rédigé par** | Gaillard Thibault |
| **Accepté par** |  |

# Historique

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N° de version** | **Date de modification** | **Modifications apportée** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |