

**DOSSIER MEDICAL INFORMATISE  
« BREIZH PARALYSIE CEREBRALE »**

Je soussigné (Nom et prénom) : .....

Né(e) le : .....

Déclare consentir

Déclare ne pas consentir

**A la mise en place de mon dossier médical informatisé « Breizh Paralyse cérébrale »** au regard de l'information qui m'a été transmise ce jour (notamment par la remise d'une plaquette d'information).

La mise en place de ce dossier vise à favoriser la communication et la coordination de mon parcours de soins, en centralisant notamment les informations médicales et de santé recueillies par les différents professionnels de santé qui participe à ma prise en charge et que j'ai autorisé à avoir accès à ce dossier.

Par cette démarche, j'adhère au réseau Breizh paralysie cérébrale (adhésion libre et gratuite).\*

**J'autorise les professionnels de santé, dont j'ai mentionné le nom ci-dessous, à avoir accès à ce dossier ainsi que les professionnels du site de consultation de :**

Pole MPR Saint-Hélier

Centre Hospitalier de Saint-Brieuc

CRRF de Trestel

Centre Hospitalier Universitaire de Brest

CMRRF de Kerpape

Centre Hospitalier de Bretagne Atlantique (Vannes)

Nom-Prénom : ..... Profession : .....

Adresse/téléphone : .....

Nom-Prénom : ..... Profession : .....

Adresse/téléphone : .....

Nom-Prénom : ..... Profession : .....

Adresse/téléphone : .....

Nom-Prénom : ..... Profession : .....

Adresse/téléphone : .....

Nom-Prénom : ..... Profession : .....

Adresse/téléphone : .....

Le .....

Signature :

\***Cette adhésion** ne vous engage à aucune contrepartie et peut être interrompue, à tout moment, sur simple demande de votre part ; Vous êtes libre de refuser cette proposition sans aucun préjudice sur la qualité de votre prise en charge au sein du Réseau