

Fiche de consentement de la personne âgée

Madame, Monsieur,

Vous êtes sollicité(e) pour donner votre consentement à la transmission d'informations vous concernant. Votre consentement permettra de faciliter la transmission d'informations entre les professionnels qui vous entourent, dans le seul objectif d'améliorer votre prise en charge.

Sur quelles informations devez-vous donner votre consentement?

Les informations transmissibles sont celles qui sont pertinentes et strictement nécessaires à votre prise en charge. Différentes catégories d'informations sont transmissibles. Le tableau en page 4 précise ces catégories.

A quels professionnels devez-vous donner votre consentement?

Vous pouvez accorder l'accès aux informations vous concernant aux professionnels et organismes qui interviennent auprès de vous. Ces professionnels et organismes sont regroupés en listes et bénéficient d'un accès différencié aux informations, sous réserve de votre accord, selon qu'elles sont nécessaires à votre prise en charge ou non. Le tableau en page 4 précise les modalités d'accès par catégories professionnelles.

Vos droits :

- Le recueil de votre consentement et l'échange d'informations entre les professionnels qui vous entourent font l'objet d'un encadrement législatif et réglementaire strict.
- Le professionnel qui recueille votre consentement est signataire d'une charte précisant les principes éthiques, déontologiques et de confidentialité afférents à votre prise en charge. Il est en mesure de vous communiquer les informations nécessaires à votre consentement éclairé.
- Votre signature sur le présent document témoigne de votre accord. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser.
- Vous pouvez refuser que les informations soient accessibles à tout ou partie des professionnels et organismes vous prenant en charge.
- Votre consentement est valable durant le temps de mise en œuvre de la démarche PAERPA. Si vous souhaitez quitter le dispositif, vous pouvez retirer votre consentement par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée, notamment par e-mail en vous adressant au professionnel qui l'a recueilli ou à la structure proche de chez vous s'occupant de la coordination de vos professionnels, de votre information et de votre orientation (CTA).

Pour obtenir plus d'informations sur la démarche PAERPA, vous pouvez notamment vous rendre sur le site internet du ministère des affaires sociales et de la santé.

Nom et prénom de la personne âgée :

Coordonnées (téléphone, email) :

J'accepte que les professionnels et organismes me prenant en charge puissent s'échanger les informations nécessaires et pertinentes me concernant selon les modalités précisées dans la fiche en annexe. J'ai été dûment informé(e) des conditions de transmission de ces informations.

Date :

Signature :

Dans le cas où la personne âgée n'est pas en mesure de donner son consentement :

Nom et prénom de la personne de confiance / du représentant légal (*rayez la mention inutile*) :

Coordonnées (téléphone, email) :

J'accepte que les professionnels et organismes prenant en charge la personne que je représente puissent échanger les informations nécessaires et pertinentes concernant cette personne, selon les modalités précisées dans la fiche en annexe. J'ai été dûment informé(e) des conditions de transmission d'informations entre eux.

Date

Signature :

Précisions à destination des professionnels :

Le consentement peut être recueilli soit par un professionnel prenant en charge la personne âgée au sein d'une coordination clinique de proximité, d'un établissement ou d'un organisme, soit par un professionnel d'une structure composant la CTA.

Ce document est à réaliser en deux exemplaires originaux. Si le consentement est recueilli par un professionnel hors CTA, celui-ci envoie un exemplaire à cette dernière et en conserve une copie. Un second exemplaire est remis à la personne donnant son consentement.

La CTA informe les professionnels concernés et stocke le document. Les professionnels peuvent à tout moment solliciter la CTA pour connaître les modalités de consentement et restrictions éventuelles de la personne signataire.

Informations vous concernant transmissibles par catégorie de professionnels et organismes¹

Informations transmissibles	Accès différencié des professionnels et organismes aux informations	
<p><u>Les caractéristiques sociales vous concernant :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse, situation familiale, profession antérieure et celle de votre conjoint s'il y a lieu - les informations relatives à votre protection sociale, vos prestations acquises et celles en cours de demande - les informations relatives à votre logement, à son accessibilité et à votre cadre de vie - l'identité et les coordonnées de votre entourage, de votre personne de confiance ou de votre représentant légal le cas échéant. 	<p><u>NIVEAU 1</u></p> <p>- Les professionnels de santé qui interviennent régulièrement auprès de vous : médecin traitant, infirmier, pharmacien le cas échéant, et tout professionnel qui vous suit régulièrement</p> <p>- Les professionnels de santé que vous voyez plus ponctuellement : spécialistes, ergothérapeute</p>	<p><u>NIVEAU 2</u></p> <p>- L'assistant social qui suit votre situation</p> <p>- La structure proche de chez vous s'occupant de la coordination de vos professionnels, de votre information et de votre orientation (CTA)</p>
<p><u>Les noms et coordonnées de vos professionnels de santé :</u> votre médecin traitant, infirmier, pharmacien, spécialistes, kinésithérapeute...</p>		
<p><u>Les dates, durées et modalités de vos hospitalisations</u></p>		
<p><u>Vos besoins et les réponses apportées :</u> éducation thérapeutique, prestations médicales et paramédicales complémentaires, expertise gériatrique/psychiatrique, soins palliatifs</p>		
<p><u>Votre degré d'autonomie</u></p>		<p><u>NIVEAU 3</u></p> <p>Organisme/votre professionnel² d'aide à la vie quotidienne</p>
<p><u>Toute information ou prescription nécessaire et pertinente pour améliorer ma prise en charge</u> (notamment relatives à votre hygiène de vie, à vos habitudes alimentaires ou à votre environnement de vie...)</p>		
<p><u>Votre état de santé avec les diagnostics,</u> les principaux éléments de votre dossier</p>		

¹ Conformément au décret n°2013-1090 du 2 décembre 2013 relatif à la transmission d'informations entre les professionnels participant à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, pris en application de l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

² Hors professionnels de santé, qui ont accès au niveau 1 d'information.

Le volet soins et/ou le volet social de votre plan personnalisé de santé (s'il existe) et toute autre information que votre médecin ou un autre professionnel estime nécessaire

Dans le respect des dispositions précédentes, votre médecin traitant ou un autre professionnel vous prenant en charge peut transmettre, sous sa responsabilité, des informations vous concernant à un autre professionnel s'il estime que ces informations sont nécessaires à votre prise en charge

LISTE DES PROFESSIONNELS PRENANT EN CHARGE M. / MME _____

A remplir par la coordination clinique de proximité, l'établissement ou organisme prenant en charge la personne, ou la coordination territoriale d'appui :

Niveau d'information (cf. page 2)	Catégorie professionnelle	Nom/Prénom du professionnel ou nom de l'organisme	Accès aux informations Oui/Non	Téléphone	Email
Niveau 1	<i>Médecin traitant</i>				
	<i>Infirmier(s)</i>				
	<i>Pharmacien</i>				
	<i>Kinésithérapeute</i>				
	<i>Ergothérapeute</i>				
	<i>Gériatre</i>				
	<i>Autre spécialiste</i>				
Niveau 2	<i>Assistant social</i>				
	<i>Coordination territoriale d'appui</i>				
Niveau 3	<i>Professionnel d'aide à la vie quotidienne (hors professionnel de santé)</i>				
	<i>Autre (préciser le niveau d'informations 1, 2, ou 3)</i>				