

## Formulaire de consentement pour participer au projet IsèreADOM Panel test d'usagers – Personne Âgée en Résidence Autonomie -

*Nom de la Résidence Autonomie :*

### Administratif

Votre nom : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Votre Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe :  F /  M

Votre date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Votre lieu de naissance : (commune /Pays) : \_\_\_\_\_

Votre n° appartement et étage : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ Adresse mail : \_\_\_\_\_

Disposez-vous d'une connexion internet (box ADSL) à domicile :  oui /  non

Disposez-vous d'un téléphone portable (mobile) :  oui /  non

Est-ce que le téléphone portable (le vôtre ou celui de vos proches) passe facilement depuis votre logement ?  oui /  non

Quelle est votre situation :  veuf, veuve /  en couple /  seul(e)

### Proche de confiance (et/ ou tuteur)

**Veillez indiquer les coordonnées de votre proche de confiance**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe :  F /  M

Lien \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ Adresse mail : \_\_\_\_\_

### Prise en charge et accompagnement à domicile

**Bénéficiez-vous d'un plan d'aide ?**

- Une Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) du département de l'Isère :  oui /  non
- Un plan d'aide personnalisé (PAP) de la CARSAT :  oui /  non
- Quel est votre GIR ? \_\_\_\_\_

**Dans le cadre du projet IsèreADOM, un dossier bénéficiaire vous sera ouvert et sera accessible à partir de votre tablette numérique (fournie dans le cadre du projet).**

Ce dossier comprend toutes les informations médico-sociales utiles à la réalisation de votre accompagnement à domicile.

Pour une bonne coordination, les informations de votre dossier seront partagées avec les intervenants du domicile, les différents professionnels de votre prise en charge et vos proches.

**Ce partage d'informations ne peut se faire qu'avec votre accord.**

Veillez alors compléter la liste de vos contacts : aidants professionnels et proches et indiquer pour chacun d'entre eux, si vous souhaitez leur accorder des droits d'accès à votre dossier.

## Liste de mes contacts (1/4)

Renseigner les coordonnées des professionnels qui interviennent dans votre prise en charge (médecin traitant, Kinésithérapeute, pharmacien, Infirmier....). Si le cabinet (par exemple, infirmier) comprend plusieurs professionnels, il est indispensable de renseigner nominativement chaque professionnel.

*Mettre (X) dans la case de votre choix.*

Professionnels de ma prise en charge	Nom/ Prénom	Tél	Adresse email	Je n'autorise pas ce contact à avoir accès à mon dossier	J'autorise ce contact à avoir accès à mon dossier

## Liste de mes contacts (2/4)

Renseigner les coordonnées des professionnels du SAAD, SSIAD, SPASAD (responsable, auxiliaire de vie, aide à domicile, aide soignante ..) qui interviennent dans le cadre de votre plan d'aide.

Professionnels De la résidence Autonomie	Nom/ Prénom	Tél	Adresse email	Je n'autorise pas ce contact à avoir accès à mon dossier	J'autorise ce contact à avoir accès à mon dossier

## Liste de mes contacts (3/4)

Renseigner les coordonnées de vos proches, amis.

Proches	Nom/ Prénom	Tél	Adresse email	Je n'autorise pas ce contact à avoir accès à mon dossier	J'autorise ce contact à avoir accès à mon dossier

## Liste de mes contacts (4/4)

Autres aidants (professionnels, proches)	Nom/ Prénom	Tél	Adresse email	Je n'autorise pas ce contact à avoir accès à mon dossier	J'autorise ce contact à avoir accès à mon dossier

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_ (Nom/ prénom), reconnait avoir reçu de la part de (la structure) \_\_\_\_\_, représentée par \_\_\_\_\_ une présentation du projet IsèreADOM.

**J'ACCEPTÉ** par la présente, de **PARTICIPER** au projet IsèreADOM dans les conditions fixées dans la Note d'information IsèreADOM.

Pour cela, j'autorise (la structure) \_\_\_\_\_ à transmettre au Département de l'Isère et à l'équipe Projet IsèreADOM mon « formulaire de consentement pour participer au projet IsèreADOM – panel personne bénéficiant d'un plan d'aide renforcé »

A, .....Le, .....

*Le bénéficiaire*