

Formulaire de consentement pour participer au projet IsèreADOM Panel test d'usagers – personne bénéficiant d'un plan d'aide renforcé -

Suivi par (Nom de la (les) structure (s)) :

Administratif

Votre nom : _____ Nom de naissance : _____

Votre Prénom : _____ Sexe : F / M

Votre date de naissance : __/__/____ Votre lieu de naissance : (commune /Pays) : _____

Votre adresse : (n° et voie) : _____

Code postal : _____ Commune : _____

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)

Disposez-vous d'une télé alarme : oui / non – si oui, quel est l'opérateur ? _____

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
- Quel est votre GIR ? 1/ 2/ 3

Est ce que votre proche de confiance souhaite bénéficier d'un accompagnement téléphonique spécifique bien être ? Oui / Non

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 Du SAAD	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), reconnaît 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