

Annexe 1 – Recherche de consentement à l'échange et au partage d'informations

..... accompagné(e) par l'ABSAs, ci-après
dénommé(e) « l'Etablissement ».

Représenté(e) le cas échéant par la famille ci-après « le représentant légal ».

J'accepte le partage et l'échange d'informations de données à caractère personnel avec l'Etablissement afin
d'envisager un accompagnement et/ou des prestations adaptés à mes besoins.

Il m'a été précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser que les informations me concernant soient échangées
et partagées.

J'accepte que mes données enregistrées à l'occasion de ce partage et de cet échange puissent faire l'objet d'un
traitement automatisé par l'Etablissement destinataire de ces informations.

J'atteste avoir eu connaissance de la possibilité, à tout moment, faire valoir mes droits d'accès, de rectification,
d'opposition, de limitation, d'effacement, de portabilité des données conformément au Règlement Général sur la
Protection des Données auprès de l'Etablissement receveur de ces données à caractère personnel.

En cas de désaccord, je peux également effectuer une réclamation auprès du Délégué à la Protection des
Données.

Madame/Monsieur TRANCHANT Nicolas est la personne ayant transmis les informations en qualité de Chef de
service

En signant cette fiche je donne mon consentement au partage d'informations de mon dossier avec l'Etablissement
nommé ci-dessus.

Annexe sur le consentement éclairé au partage et à l'échange d'informations établie en deux exemplaires
originaux.

Fait à Poitiers le 14/10/2025

La personne accompagnée

Madame/Monsieur _____

Ou son représentant légal le cas échéant

Madame/Monsieur _____

Le représentant de l'Etablissement

Annexe 2 – Désignation d'une personne de confiance

Je soussigné(e),.....par
l'ABSA, désigne pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance en application de l'article
L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles :

Madame/Monsieur _____

Né(e) le _____

Résidant _____

Téléphone _____

Adresse mail _____

Lien avec la personne : _____

Cette désignation est valable sans limitation de durée jusqu'à ce que j'en décide autrement ou que la personne de confiance n'en dispose autrement. Cette désignation est révisable et révocable à tout moment. Ainsi, je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.

Annexe de désignation d'une personne de confiance établie en deux exemplaires originaux.

Fait à Sèvres-Anxaumont le _____

La personne accompagnée

Madame/Monsieur _____

La personne de confiance désignée

Annexe 3 – Partage d'informations dans la coordination des parcours des personnes

..... accompagné(e) par l'ABSA.

Représenté(e) le cas échéant par Madame/Monsieur _____ en qualité de _____ .

En signant cette annexe je donne mon consentement à la transmission par voie électronique, écrite ou téléphonique de résultats de tests diagnostiques à l'équipe d'accompagnement médico-social de l'ABSA.

Annexe sur le partage d'informations dans la coordination des parcours des personnes établie en deux exemplaires originaux.

Fait à Sèvres-Anxaumont le _____

La personne accompagnée

Madame/Monsieur _____

Ou son représentant légal le cas échéant

Madame/Monsieur _____

Le représentant de l'Etablissement

Annexe 4 – Partage d'informations hors équipe d'accompagnement médico-social

..... accompagné(e) par l'ABSA.
Représenté(e) le cas échéant par Madame/Monsieur _____ en qualité de _____ .

Au regard de votre projet d'accompagnement personnalisé (PAP), des informations vous concernant sont susceptibles d'être partagées et échangées entre des professionnels ne faisant pas partie de l'équipe concourant directement à votre accompagnement (c'est-à-dire des professionnels en dehors de l'équipe d'accompagnement médico-social de niveau 1 en référence au schéma joint à l'annexe).

Ce partage et cet échange d'informations requièrent votre consentement préalable, ou le cas échéant, celui de votre représentant légal.

Votre consentement permettra de faciliter le partage et l'échange d'informations entre les professionnels dans le seul but d'améliorer votre accompagnement.



Sur quelles informations dois-je donner mon consentement ?



Les informations partagées et échangées sont celles qui sont pertinentes, utiles et strictement nécessaires à votre accompagnement.



Le partage et l'échange d'information se fait dans le seul but d'améliorer mon accompagnement ?



Oui, le secret et le respect de votre vie privée reste un élément fondamental pour nous.



Tous les professionnels ont accès à l'ensemble de ces informations ?



Les professionnels bénéficient d'un accès différencié aux informations vous concernant. Nous déterminons à partir des fonctions de chaque professionnel (rôle et missions), les informations dont ils ont besoin pour vous accompagner dans les meilleures conditions possibles et nous pouvons alors les partager et les échanger.



Si je ne suis pas d'accord avec le principe du partage et d'échange d'information ou si je souhaite qu'une ou plusieurs informations me concernant ne soient pas accessibles à un professionnel ?



Vous avez le droit de nous le faire savoir.

Dans ce cas, il est recommandé d'en parler au professionnel qui vous accompagne : c'est lui qui est le mieux à même de recueillir votre décision. En effet, votre refus peut avoir des conséquences sur les prestations qui vous sont délivrées et il est compétent pour vous éclairer à ce sujet

En signant cette annexe je donne mon consentement éclairé à l'échange et au partage des informations de mon dossier avec un ou des professionnels ne faisant pas partie de l'équipe d'accompagnement médico-social concourant directement à mon accompagnement

Annexe sur le partage d'informations hors équipe d'accompagnement médico-social établie en deux exemplaires originaux.

Fait à le _____

La personne accompagnée

Madame/Monsieur _____

Ou son représentant légal le cas échéant

Madame/Monsieur _____

Le représentant de l'Etablissement