



CLINIQUE  
DES PORTES  
DE L'EURE

## RECUEIL DU CONSENTEMENT À LA CRÉATION ET À L'ALIMENTATION DU DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ (DMP)

Nom :

---

Prénom :

---

Date de

naissance : \_\_\_\_\_

Avez-vous un Dossier Médical Partagé (DMP) ?

**Non** : Si vous souhaitez des informations, vous pouvez consulter le site du ministère : [dmp.gouv](http://dmp.gouv) ou vous référer à la plaquette d'information qui vous sera remise.

**Oui** : Nous autorisez-vous à le réactiver et à l'alimenter ?

**Non**

**Oui**

*Formulaire à compléter à transmettre au patient et conservé un exemplaire dans le dossier du patient.*

*Signature*