Marion Caillat-Pitteloud

Infirmière HES indépendante en santé mentale

Page 2 : proposition de PROCURATION D'ÉCHANGE D'INFORMATIONS MÉDICALES

Page 3 : proposition de PROCURATION D'ÉCHANGE AVEC LES PROCHES

version 04.10.2026

PROCURATION D'ÉCHANGE D'INFORMATIONS MÉDICALES

Je soussigné(e), _____, né(e) le _____/_____/_____

originaire de _____,

habitant à _____,

autorise par la présente l'infirmière indépendante **Mme Marion Caillat-Pitteloud**

à échanger des informations relatives à mon état de santé, mon suivi thérapeutique et mes besoins en soins avec les professionnels de santé suivants :

Nom, prénom et spécialité : _____

Nom, prénom et spécialité : _____

Nom, prénom et spécialité : _____

Cette autorisation porte sur :

- La transmission de comptes-rendus de séances ou d'interventions infirmières.
- La communication concernant l'évolution de mon état, les traitements suivis et les observations cliniques pertinentes.
- La consultation de mon dossier médical par ces professionnels afin d'assurer une continuité des soins coordonnée.

Validité

La présente procuration est valable pour une durée indéterminée, sauf révocation écrite de ma part. Je conserve le droit de retirer cette autorisation à tout moment, sans avoir à justifier ma décision.

LU ET APPROUVÉ, BON POUR POUVOIR

Fait à _____, le _____ / _____ / _____

Signature du patient :

PROCURATION D'ÉCHANGE AVEC LES PROCHES

Je soussigné(e), _____, né(e) le _____/_____/_____

originaire de _____,

habitant à _____,

autorise par la présente les personnes suivantes, considérées comme mes proches :

Nom et prénom : _____ Lien : _____

Nom et prénom : _____ Lien : _____

Nom et prénom : _____ Lien : _____

à échanger des informations relatives à mon état de santé, mon suivi thérapeutique et mon bien-être avec l'infirmière indépendante **Mme Marion Caillat-Pitteloud**.

Cette autorisation porte sur :

- La transmission d'informations générales sur mon évolution, mon humeur ou ma capacité à suivre les recommandations de soin.
- La discussion sur les moyens de soutenir mon parcours au quotidien dans un esprit de collaboration.
- La consultation de notes de synthèse partagées (dans la limite de ce que je juge utile de partager).

Limites et confidentialité :

Je reste libre de définir moi-même les sujets qui peuvent être abordés. Je conserve le droit de retirer cette autorisation à tout moment, oralement ou par écrit, sans avoir à justifier ma décision. Les échanges se déroulent dans le respect de notre relation de confiance et de mes limites personnelles.

LU ET APPROUVÉ, BON POUR POUVOIR

Fait à _____, le _____ / _____ / _____

Signature du patient :