



## DOSSIER DE SOINS PARTAGÉ de :

Je, soussigné(e) (NOM) \_\_\_\_\_ (PRENOM) \_\_\_\_\_ (DATE DE  
NAISSANCE) \_\_\_\_\_, autorise les professionnels de santé à utiliser ce  
dossier pour une bonne coordination de mes soins.

Date :    /    /

Signature :

Ce dossier reste la propriété du patient qui le conservera.

Cabinet infirmier :

Ce dossier de soins partagé  
est téléchargeable sur le site  
internet de l'URPS infirmiers  
de Normandie