

RESEAU DE SANTE POLYVALENT

LYRE  
33, Cours Albert Thomas  
69003 LYON  
Tél : 04 78 76 58 40  
Fax : 04 78 76 03 36  
[contact@reseau-lyre.fr](mailto:contact@reseau-lyre.fr)

---

*PROCEDURE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS INFECTES  
OU SUSPECTS COVID-19 EN AMBULATOIRE*

---

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

Je soussigné, M. – Mme (1) .....  
actuellement hospitalisé au .....en raison d'une infection ou  
suspicion d'infection à COVID-19, atteste avoir bien reçu et bien compris les explications  
données par l'infirmière ou le médecin en vue de mon retour à domicile.

En particulier, je suis d'accord pour que mon suivi ambulatoire soit assuré par mon  
médecin traitant avec l'appui du réseau LYRE et je consens à mettre en application  
l'ensemble des mesures détaillées dans la fiche CONSIGNE A DOMICILE, qui  
conditionnent la possibilité de poursuivre la prise en charge médicale à domicile, et dont  
les principales recommandations sont :

- Confinement à domicile du patient pour 14 jours à partir du début des symptômes  
(du ..../..../..... au ..../..../.....)
- Être contacté régulièrement par le réseau LYRE pour le suivi de mon état de santé  
(évaluation téléphonique).
- Si aggravation de l'état général ou apparition de signes en particulier respiratoires  
en dehors des appels téléphoniques : appel du médecin traitant ou du SAMU-Centre  
15 (si médecin traitant indisponible) qui organisera au besoin le transfert depuis le  
domicile vers un établissement de santé.
- Surveillance de la température biquotidienne
- Règles d'hygiène à domicile telles que détaillées dans le document remis

Donnant mon accord pour être pris en charge par le réseau de santé LYRE et autorise le  
réseau de santé LYRE à accéder à mes données de santé. Le réseau de santé LYRE sera  
amené à partager les informations utiles de mon dossier régional avec les professionnels  
de santé intervenant dans ma prise en charge.

J'autorise ces professionnels de santé et leur équipe soignante à accéder à mes données  
de santé. Tout professionnel non habilité ne pourra avoir accès à votre dossier.

Date : ...../...../.....

Signatures M - Mme <sup>i</sup>.....

*1 exemplaire pour le patient, 1 exemplaire pour le dossier médical, 1 exemplaire pour le réseau*

---

<sup>i</sup> Rayer la mention inutile