

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PATIENT A RETOURNER AU Dispositif d'Appui à la Coordination OPALIA

Nom, Prénom du patient :

Nom de jeune fille :

Date et Lieu de naissance du patient :

Si ce document a été rempli par le tuteur, par la personne de confiance désignée par l'utilisateur (article L.1111-6 du Code de la santé publique), ou par le titulaire de l'autorité parentale ou toute autre personne, merci d'indiquer vos coordonnées ci-dessous :

Nom : _____ Prénom : _____

Vous êtes (lien avec le patient) : Le tuteur La personne de confiance Le titulaire de l'autorité parentale

Autre (précisez) : Date de naissance : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

- J'accepte, moi-même ou au nom de :d'intégrer le DAC Opalia en signant le présent formulaire.
- Je déclare avoir pris connaissance de la fiche d'information.
- L'équipe d'appui à la coordination d'Opalia a bien répondu à mes demandes d'informations complémentaires et je souscris aux objectifs du réseau de santé.
- Je conserve le libre choix de mon médecin traitant, de mes infirmier(e)s, de mon pharmacien, ainsi que des autres professionnels de santé libéraux qui pourraient avoir à intervenir à mon domicile.
- Je donne également mon accord pour l'utilisation à des fins statistiques ou épidémiologiques des informations me concernant, qui auront été au préalable, rendues anonymes conformément aux dispositions de la C.N.I.L.
- Les données nominatives médicales et sociales de mon dossier sont à disposition de mes soignants pour ce qui les concerne et pour ce qui est utile à ma prise en charge. Je peux d'ailleurs m'opposer sélectivement à ce que certains acteurs aient accès à certaines de ces données.
- Dans tous les cas, j'ai le droit de m'opposer à ce que ces données fassent l'objet d'un traitement automatisé ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé, sans que ma prise en charge par l'équipe mobile du réseau soit remise en cause. J'ai également le droit de rectification de certaines données que je souhaiterais voir modifiées et le droit à la communication à tout moment des données informatisées me concernant auprès du médecin coordonnateur.
- Ces droits me sont garantis dans le cadre de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 dite "informatique et liberté" et dans le respect de la loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Je reste parfaitement libre de me retirer du DAC Opalia à tout moment.

Fait à, le/ / 202.....

« Par cette signature, j'atteste que je suis en accord avec le texte ci-dessus. »

Signature du patient

Signature du représentant du patient