

ACCORD DE CONSENTEMENT

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de votre prise en charge et dans votre intérêt, Soins et santé collecte **vos données personnelles** (de nature administrative, sociale, médicale et données de soins) qui font l'objet de traitements papier et **informatisé**.

L'informatisation de vos données permet de coordonner :

- Les partages d'informations entre les membres de l'équipe de soins ;
- Et les échanges de vos données avec d'autres professionnels qui participent également à votre prise en charge.

Ces échanges ou partages sont limités aux informations strictement nécessaires à votre prise en charge. L'ensemble des professionnels est soumis au respect de la confidentialité de ces informations.

Si vous ne souhaitez pas que votre dossier soit informatisé ou que ces échanges ou partages aient lieu, nous vous invitons à en discuter avec votre infirmier référent, et à lui faire part de votre opposition.

Par ailleurs, votre dossier patient informatisé rendu anonyme, pourra être utilisé à des fins d'évaluations médicales, épidémiologiques et économiques.

Dossier Médical Personnalisé

Dans le cas où vous possédez un **DMP** (Dossier Médical Partagé), Soins et santé pourra accéder à votre dossier, avec votre accord, pour ajouter ou consulter tout document jugé utile à votre prise en charge.

Infirmière en Pratique Avancée (IPA)

Dans le cadre du décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée, l'IPA peut suivre des patients, renouveler ou adapter certains traitements et prescrire des examens complémentaires en collaboration avec le médecin coordonnateur de l'HAD et votre médecin traitant.

Votre consentement

Je soussigné(e) Mme/M. (NOM, Prénom) :

OU¹

Mme/M. (NOM, Prénom) :

Pour Mme/M. (NOM, Prénom) :

- Reconnais avoir été informé(e) de l'objet du présent formulaire.
 - Reconnais avoir été informé(e) que conformément à la réglementation en vigueur, je bénéficie d'un droit d'accès, de rectification, de limitation du traitement et d'effacement de mes données personnelles, et que je peux retirer à tout moment mon consentement en m'adressant par courrier électronique à rgpd@hadlyon.asso.fr ou par courrier postal à l'attention du directeur de l'association.
 - Reconnais avoir été informé(e) de la possibilité d'échange, entre les professionnels participant à ma prise en charge, de mes données administratives, sociales, médicales ou de soins, et de toutes autres données utiles à ma prise en charge et à la coordination des intervenants, et donne mon consentement.
 - Reconnais avoir été informé(e) de la possibilité d'être photographié(e) à des fins diagnostics ou thérapeutiques durant mon séjour en HAD, et donne mon consentement.
 - Reconnais avoir été informé(e) de la possibilité d'intervention, par Visio ou autre outil adapté, des professionnels participant à ma prise en charge, et donne mon consentement.
-
- Accepte que l'HAD Soins et Santé consulte et/ou ajoute des documents dans mon espace santé.
 - Accepte être suivi(e) par une Infirmière en Pratique Avancée (IPA).
 - Accepte que mon dossier anonymisé soit utilisé à des fins d'évaluation ou de recherche.
 - Accepte recevoir la newsletter de l'HAD Soins et Santé.
 - Accepte de recevoir un questionnaire de satisfaction par SMS et/ou par mail.
 - Accepte d'être informé d'informations générales par SMS durant ma prise en charge en HAD.

Adresse mail (si acceptation) : _____

Fait à _____ **Le** _____

- Incapacité à donner son consentement Consentement recueilli oralement et signé pour le/la patient(e)

Signature :

L'association Soins et santé, située 325 bis rue Maryse Bastié, 69141 Rillieux-la-Pape, est le Responsable du traitement de vos données personnelles recueillies via ce formulaire dont la finalité est traçabilité du consentement du patient. Ce formulaire est conservé dans votre dossier patient. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles, reportez-vous à la politique de protection des données personnelles de l'association disponible sur son site internet.

¹ En application de l'article L1111-6 du code de la santé publique, vous pouvez désigner une personne de confiance à cet effet.