

Les deux documents qui vous ont été remis sont à lire attentivement. Nous vous remercions de retourner l'exemplaire Réseau après l'avoir complété et signé au Réseau Onc'Oriant (adresse ci-dessous).

CONSENTEMENT PATIENT A LA CREATION D'UN DOSSIER COMMUNICANT EN CANCEROLOGIE

NOM – PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TELEPHONE :

Par la présente,

- J'autorise la création de mon dossier médical informatisé partagé.
- Je prends note que les données contenues dans ce dossier médical informatisé seront confiées à l'ensemble de l'équipe soignante désignée ci-après ainsi qu'au Centre de Coordination en Cancérologie du Réseau Onc'Oriant (en charge de la bonne gestion des informations transmises). (art. L1110-4 du Code de la Santé Publique relatif au respect de la vie privée et du secret des informations)
- J'indique très lisiblement le nom, prénom et ville d'exercice des différents médecins qui pourront avoir accès à ce dossier dans le tableau ci-après.
- Sur simple demande au Centre de Coordination d'Onc'Oriant (coordonnées ci-dessous), je peux autoriser ou refuser l'accès de mon dossier à tout professionnel.

	NOM – PRENOM	VILLE D'EXERCICE
Médecin Généraliste		
Médecin Oncologue		
Médecins spécialistes		
Autres (précisez)		

Fait le à

Signature :

Nom et signature de la personne de confiance (en cas de difficultés) :

Les données informatisées sont susceptibles de faire l'objet d'exploitations statistiques à des fins de recherche médicale, de dépistage ou d'évaluation des pratiques, en respectant les recommandations de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). Conformément à la déontologie médicale et aux dispositions de la loi « informatique et libertés (articles 26.34 et 40 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978), vous pourrez, par demande écrite, directement ou par l'intermédiaire de tout médecin que vous aurez désigné, avoir accès au détail des informations transmises.
Adresse de la demande : 3C - Réseau Onc'Oriant – BP 12233 – 56322 LORIENT CEDEX - ☎ 02 97 06 97 83



ADHESION AU RESEAU ONC'ORIENT

En tant qu'association, le Réseau Onc'Oriant doit justifier son activité par l'adhésion de toute personne bénéficiant d'une prise en charge par l'un des professionnels de l'équipe.

- Je, soussignée(e), adhère au Réseau Onc'Oriant (adhésion gratuite).
- J'indique très lisiblement, dans le tableau ci-après, et afin de faciliter ma prise en charge, les coordonnées des différents professionnels qui me suivent.

Fait à le

Signature

	NOM – PRENOM – VILLE D'EXERCICE
Infirmier	
Pharmacien	
Laboratoire	
Autres (précisez)	