

RECUEIL DE CONSENTEMENT À L'ACCOMPAGNEMENT PAR NEPALE

Équipe Mobile territoriale d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (EMTA-SP)

À compléter par le patient ou, le cas échéant, par son représentant légal

INCLUSION NEPALE

Je soussigné(e), infirmier(ère) coordinateur(rice), salarié(e) de l'Association NEPALE, déclare avoir pris le temps d'expliquer au patient et le cas échéant, à son représentant légal, les modalités de notre travail dans le cadre d'un accompagnement individuel de sa situation et répondu à ses questions.

Je soussigné(e), (ou le cas échéant, représentant légal) déclare avoir pris connaissance des informations concernant la prise en charge par l'EMTA-SP NEPALE par laquelle j'accepte d'être accompagné en signant le présent document. L'équipe mobile de coordination a répondu à mes demandes d'informations complémentaires et je souscris aux objectifs de l'EMTA-SP.

- J'accepte d'être accompagné(e) par l'EMTA-SP NEPALE :

OUI NON

J'ai le droit à tout moment de cesser l'accompagnement par l'équipe mobile.

VOS DONNÉES PERSONNELLES

Dans le respect du Règlement Général sur la Protection des Données applicable depuis le 25 mai 2018 et du cadre légal relatif au droit des maladesⁱ, l'EMTA-SP NEPALE recueille explicitement votre consentement pour traiter vos données à caractère personnel.

1) LES DONNÉES RECOLTÉES PAR NEPALE

Pour gérer votre dossier médical, nous récoltons :

- Vos données d'identification (nom, prénom, mail, adresse postale, téléphone, numéro de sécurité sociale...)
- Des informations sur votre vie personnelle et votre situation sociale (situation et contexte familial)
- Vos données de santé

Nous ne récoltons que les données nécessaires à votre prise en charge.

2) LES TRAITEMENTS EFFECTUÉS SUR VOS DONNÉES PERSONNELLES

- a. La gestion automatisée de votre dossier médical

Votre dossier médical est géré sur un logiciel sécurisé. Il servira à vos soignants pour ce qui est utile à votre accompagnement, à coordonner les actions des professionnels de santé et médico-sociaux, et à vous apporter les réponses adaptées à votre situation.

Vous pouvez vous opposer sélectivement à ce que certains acteurs aient accès à certaines ou toutes de ces données.

- J'accepte que mes données personnelles soient recueillies et traitées de manière automatisée avec des professionnels de santé et médico-sociaux dans le cadre de mon suivi :

OUI NON

Équipe Mobile Territoriale d'Accompagnement & Soins Palliatifs

b. L'échange et le partage des informations

Votre dossier médical pourra faire l'objet d'échanges entre professionnels de santé et médico-sociaux chargés de votre prise en charge et/ou de votre accompagnement. Il pourra être évoqué lors de réunions de coordination, réunissant votre équipe de soin et des professionnels médico-sociaux éventuellement concernés formant votre cercle de soins. Les professionnels présents sont soumis au secret professionnel et au secret partagé dont les conditions sont définies par le décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016ⁱⁱ.

Vos données pourront également faire l'objet d'échanges via une messagerie de santé sécurisée.

Vous pouvez vous opposer au partage d'informations à tout moment. Si votre suivi nécessite le partage de vos informations à des professionnels hors de votre cercle de soins, L'EMTA-SP NEPALE vous en ferait la demande et vous pourrez vous y opposer.

- **J'accepte le partage de mes informations avec des professionnels de santé et médico-sociaux si cela est nécessaire à mon accompagnement :**

- **Au sein de mon cercle de soins :** OUI NON
- **Hors de mon cercle de soins :** OUI NON

c. L'utilisation de vos données à des fins statistiques, épidémiologiques

Vos données pourront être utilisées de manière anonyme par l'équipe mobile. En aucun cas ces données ne seront transmises à des fins commerciales. Vous pouvez vous opposer à ce traitement sans que votre prise en charge par l'équipe soignante du réseau soit remise en cause.

- **J'accepte que mes données soient utilisées de manière anonyme à des fins statistiques ou épidémiologiques :**

OUI NON

J'ai le droit (le cas échéant, mon représentant légal) à tout moment d'accéder à mes données, de demander une rectification, de limiter leur utilisation ou de retirer cet accord. Pour cela, je peux joindre le médecin coordonnateur chargé de mon dossier, ou bien le Délégué à la Protection des données de NEPALE par téléphone : 01.69.63.29.70 ou par écrit : contact@nepale.fr.

Fait à, le ... / ... / ...

Signature du salarié de l'Association NEPALE :

Signature du patient ou du représentant légal,
précédée de la mention « Lu et approuvé » :

ⁱ Cadre légal relatif au droit des malades :

- Loi N° 2002-303 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi N°2005-370 du 22 Avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie
- Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

ⁱⁱ Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel