

Vous disposez d'un droit d'accès aux informations concernant votre santé détenues par le Centre Georges-François Leclerc. Vous pouvez accéder à ces informations (comptes rendus médicaux) directement ou par l'intermédiaire d'un ou plusieurs praticiens à désigner ci-dessous.

Je soussigné(e) [Signature] né(e) le 14/09/2014

1°) Autorise le CGFL à communiquer les informations concernant ma santé au(x) médecin(s) suivant(s) :

Médecin N°1 (généraliste)	Nom, prénom : <u>[Signature]</u>
	Adresse : <u>[REDACTED]</u>
Médecin N°2	Nom, prénom : <u>[Signature]</u>
	Adresse : _____
Médecin N°3	Nom, prénom : _____
	Adresse : _____

2°) autorise, après avoir été dûment informé, le CGFL à communiquer les informations de santé me concernant au(x) médecin(s) impliqués dans ma prise en charge, afin d'assurer la continuité de mes soins.

Dans le respect du droit au respect de la vie privée¹ dont tout patient bénéficie, je soussigné(e) _____

Autorise que mes proches soient informés ☐ oui ☐ non

Si oui, préciser lesquels (conjoint, parent, personne de confiance, etc.) _____

Autorise la communication de certaines informations concernant ma santé à mes ayants droit²

☐ oui ☐ non

Je suis informé(e) que je peux modifier à tout moment cette déclaration.

Par ailleurs, j'ai été informé(e) de la possibilité d'obtenir communication des informations contenues dans mon dossier médical selon les modalités décrites dans le guide d'accueil des patients (chapitre Droits et devoirs).

Dijon, le 14-9-2014
signature

A remettre au secrétariat du service

[Signature]

⁽¹⁾ Article L1110-4 alinéa 1 du Code de la Santé publique « toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant [...] »

⁽²⁾ L'Arrêté du 3 janvier 2007 relatif à l'homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès dispose : « en ce qui concerne la portée de la qualité d'ayant droit, il s'agit dans tous les cas des successeurs légaux du défunt, conformément au code civil ».

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

(Conformément au décret n° 2000-570 du 23 juin 2000, Art.R.145-15-1 et suivants)

(exemplaire dossier CGFL)

Suite à la consultation médicale avec mon médecin oncologue,

Je soussigné(e) : _____

Déclare avoir reçu les informations suivantes :

- L'analyse proposée repose sur une étude du patrimoine génétique. Elle a pour objectif de déterminer s'il existe une caractéristique pouvant influencer l'efficacité ou la toxicité des traitements qui me sont proposés.
- Pour établir un diagnostic, cette analyse rend nécessaire un prélèvement sanguin veineux. Les conditions et les conséquences de ce prélèvement m'ont été expliquées.
- Cette analyse est effectuée dans un laboratoire autorisé à la pratiquer, par le Ministère chargé de la Santé. Un échec des techniques utilisées pour réaliser cette analyse est possible, pouvant rendre nécessaire un deuxième prélèvement.
- Le résultat de cette étude ne sera transmis qu'à moi seul(e) et ne seront transmis à aucun membre de ma famille.
- A tout moment, je peux demander que le sang prélevé ou les produits de celui-ci (notamment l'ADN extrait) me soient restitués ou détruits.
- Aucune autre analyse génétique ne pourra être réalisée sur mon prélèvement sans mon accord préalable.
- En l'état actuel des connaissances médicales, les techniques utilisées ne permettent pas dans tous les cas d'aboutir à un diagnostic de certitude.

Je consens que soit effectuée chez moi l'étude génétique des polymorphismes impliqués dans l'efficacité de mon traitement.

Fait à _____ Le _____

signature du patient précédé de la mention «lu et approuvé»

(Conformément au décret n° 2000-570 du 23 juin 2000, Art.R.145-15-1 et suivants)

Je soussigné(e), Dr. [Signature],

Certifie avoir informé : M^{me}, M^{lle}, M. : G. [Signature]

Sur la nature génétique du test envisagé et les conséquences du résultat pour la prise en charge de sa maladie
Avoir recueilli son consentement éclairé.

Fait à Dijon Le 14/06/2017

signature du prescripteur