



Clinique
des ORMEAUX

FORMULAIRE AUTORISATION DE SOINS PERSONNE DE CONFIANCE - DONNEES PERSONNELLES

Je soussigné(e) : _____

NOM, PRENOM, DATE DE NAISSANCE

Autorisation de soins et d'opérer

(Pour les patients mineurs se référer au document « Autorisation parentale »)

Déclare autoriser l'équipe médicale et paramédicale de la clinique des Ormeaux à pratiquer toute intervention utile à mon état de santé et à utiliser tous les moyens nécessaires à ma prise en charge.

Le : _____ / _____ / _____

SIGNATURE PATIENT :

Désignation d'une personne de confiance

(au sens de l'article L.1111-6 du Code de santé publique)

Nomme la personne de confiance suivante

Nom, prénoms :

Adresse :

Téléphone privé : professionnel :

E-mail :

- Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : oui non
- Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui non

Le : _____ / _____ / _____

SIGNATURE PATIENT :

SIGNATURE PERSONNE DE CONFIANCE :

Utilisation des données personnelles

(au sens du Règlement Général Européen sur la Protection des Données)

Déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessous.

- Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement destiné à la direction de la Clinique des Ormeaux, 36 rue Marceau, 76600 LE HAVRE.

- Pour la finalité suivante : assurer la prise en charge administrative, médicale et paramédicale.

- Les destinataires de ces données sont : Les professionnels de la clinique (administratifs, paramédicaux et médicaux).

- La durée de conservation des données est de 30 ans.

- Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement de celles-ci ou une limitation du traitement.

- Vous pouvez vous opposer au traitement des données vous concernant et disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment en vous adressant par courrier à la direction de la clinique des Ormeaux.

- Vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle.

Des données à caractère personnel peuvent être enregistrées dans le système d'information SI-VIC

L'outil SI-VIC a pour finalité l'aide au pilotage, l'établissement d'une liste unique de victimes en cas d'attentat, et l'information des familles et proches de victimes dans le cadre de situations sanitaires exceptionnelles. Des informations vous concernant ont été enregistrées, traitées et conservées dans le système d'identification unique des victimes dénommé SI-VIC, créé par l'article L. 3131-9-1 du code de la santé publique. Ces données, strictement non médicales, sont accessibles à l'ensemble des acteurs coordonnant la situation sanitaire exceptionnelle et vous prenant en charge, selon leurs habilitations.

Le : _____ / _____ / _____

SIGNATURE PATIENT :

Dossier médical partagé (DMP)

Déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessous.

Afin de participer efficacement à votre prise en charge, le professionnel de santé ou l'équipe de soins qui vous prend en charge a besoin d'accéder aux données de santé stockées dans votre compte Mon espace santé et d'y déposer les documents utiles à la prévention, la continuité et la coordination de vos soins (art. 1111-15 du CSP), qui pourront être consultés par les autres professionnels autorisés qui vous prennent en charge dans le cadre de cet épisode de soins.

Ce partage de données se fera via votre compte Mon espace santé, dans les conditions optimales de sécurité qu'il offre, et au bénéfice des seuls professionnels habilités à y accéder (art. L. 1110-4 alinéa III) du code de la santé publique).

En cochant cette case je m'oppose à la consultation de mon DMP par les professionnels de santé durant mon séjour (article R.1111-4 du CSP).

Le : _____ / _____ / _____

SIGNATURE PATIENT :