SAD Vanne-et-Othe

2 place de la Liberté
89190 Villeneuve
l'Archevêque
Tel : 03 86 86 77 10

Courriel :
dfaria@fede89.admr.org

Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles.

73 Rue du Gal De Gaulle
89320 Cerisiers
Tel : 03 86 96 40 08

Courriel :
contact@una-cerisiers.fr

INFORMATION SUR LE PARTAGE DES INFORMATIONS A CARACTERE MEDICAL ET CONSENTEMENT

Extrait de l'article L1110-4 du Code de la Santé Publique

« **Toute personne** prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou un des services de santé définis au livre III de la sixième partie du présent code, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles **a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant**.
Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venue à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé. »

« **Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels** identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, **à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires** à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social. »

« Lorsque **ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins**, au sens de l'article L. 1110-12, **ils peuvent partager les informations concernant une même personne** qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. **Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe**. »

« Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. »

« La **personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant**. Elle peut exercer ce droit à tout moment… »

Je soussigné(e) Madame, Monsieur

.....

Le cas échéant le représentant légal.

Déclare :

❑ Avoir reçu l'information relative au partage des informations à caractère médical et accepte ce partage.

❑ Avoir reçu l'information au partage des informations à caractère médical et souhaite faire opposition à ce partage.

Souhaite :

❑ Avoir plus d'information sur le sujet.