

Fiche Patient

Vos droits :

Opposition
au partage
de données
médicales

Document à remplir

FORMULAIRE D'OPPOSITION AU PARTAGE DE DONNÉES MÉDICALES

La qualité de votre prise en charge au sein de notre établissement implique :

- Une nécessaire coordination des soins entre les différents professionnels de santé amenés à vous soigner à un moment donné ;
- Une obligation de continuité de votre prise en charge quelle que soit la période de votre présence à l'hôpital (jour, nuit, week-end).

Pour répondre à ces objectifs, l'Hôpital Fondation Rothschild a entériné le principe du partage d'informations des données médicales et paramédicales entre les différentes équipes de soins, pour les patients dont l'état de santé relève de plusieurs disciplines médicales de l'hôpital.

Les professionnels de santé sont assujettis au secret professionnel et n'ont le droit d'accéder au dossier du patient que dans le cas d'un suivi pluridisciplinaire.

Toutefois, en tant que patient, vous pouvez refuser ce partage d'informations, en exerçant votre droit d'opposition :

Je soussigné(e)
refuse que mon dossier soit accessible à d'autres professionnels
de santé que mon médecin référent :

Docteur.....
et les professionnels de santé agissant sous sa responsabilité directe.



IMPORTANT

- Vous pouvez revenir à tout moment sur votre décision de partage ou de non partage des données concernant votre état de santé, entre les différents professionnels de santé de l'Hôpital.
- En cas d'opposition de votre part et de venue dans un autre service de l'Hôpital, votre dossier patient ne sera pas accessible audit service, ce qui peut impliquer pour vous une perte de chance, par méconnaissance des données relevant de votre historique médical.

J'ai bien pris connaissance de l'avertissement ci-dessus et accepte ce risque de perte de chance.

Néanmoins, en cas de situation extrême mettant en jeu votre pronostic vital, les professionnels de santé assurant votre prise en charge auront l'obligation d'accomplir tout acte indispensable à votre survie et pourront à cet effet décider d'accéder à votre dossier patient.

Le :

Signature :

