

LE PARTAGE DES DONNÉES D'IMAGERIE À LA RÉUNION

FORMULAIRE DE RECUEIL D'OPPOSITION AU PARTAGE D'EXAMENS D'IMAGERIE MEDICALE

L'archivage numérique régional et le partage des données d'imagerie permettent aux équipes médicales vous prenant en charge de pouvoir accéder à vos antécédents et ainsi comparer les examens réalisés dans notre structure avec ceux qui auraient pu être réalisés au sein d'autres établissements de santé sur le territoire réunionnais.

Pour cela, nous vous demandons votre accord pour consulter vos antécédents régionaux archivés et partager vos données avec les professionnels de santé dans le cadre de vos prises en charge médicales.

Si toutefois vous souhaitez vous opposer au partage de vos examens entre professionnels de santé intervenant dans votre prise en charge, merci de renseigner le formulaire ci-dessous.

1. FICHE D'IDENTITE PATIENT

IDENTIFIANT PERMANENT PATIENT (IPP) ¹ :	_____
NOM DE NAISSANCE :	_____
PRENOM(S) :	_____
SEXE :	_____
DATE DE NAISSANCE :	_____
ADRESSE :	_____
TELEPHONE PORTABLE :	_____
ADRESSE EMAIL :	_____

2. OPPOSITION AU PARTAGE REGIONAL DE MES EXAMENS D'IMAGERIE

J'ai reçu les informations nécessaires concernant le traitement de mes données et déclare que :

- ☐ Je suis majeur, ne bénéficiant pas d'une mesure de tutelle, et je m'oppose au partage de mes examens d'imagerie médicale entre les professionnels de santé intervenant dans le cadre de mes prises en charge.
- ☐ Je soussigné(e), _____, titulaire de l'autorité parentale ou représentant légal du patient mineur ou majeur bénéficiant d'une mesure de tutelle, m'oppose au partage de mes examens d'imagerie médicale entre les professionnels de santé intervenant dans le cadre de mes prises en charge.

Fait à _____,

Le ____ / ____ / ____

Signature

¹ A renseigner par la structure médicale