

LE PARTAGE DES DONNÉES D'IMAGERIE À LA RÉUNION

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 partenaires 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 charges médicales.

1. FICHE D'IDENTITE PATIENT

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

2. AUTORISATION DE TRAITEMENTS

- ☐ Je suis majeur, ne bénéficiant pas d'une mesure de tutelle, et j'**autorise** le partage de mes examens d'imagerie médicale, ainsi que mes antécédents consultables, entre les professionnels de santé intervenant dans le cadre de mes prises en charge grâce à un accès sécurisé aux images réalisées ici et dans les autres centres d'imagerie partenaires du territoire.
- ☐ Je soussigné(e), _____, titulaire de l'autorité parentale ou représentant légal du patient mineur ou majeur bénéficiant d'une mesure de tutelle et j'**autorise** en cette qualité le traitement de mes données médicales énoncé ci-dessus.

J'ai reçu les informations nécessaires concernant le traitement de mes données et ne m'oppose pas à cet engagement.

Fait à _____,

Le ____ / ____ / ____

Signature

¹ A renseigner par la structure médicale