

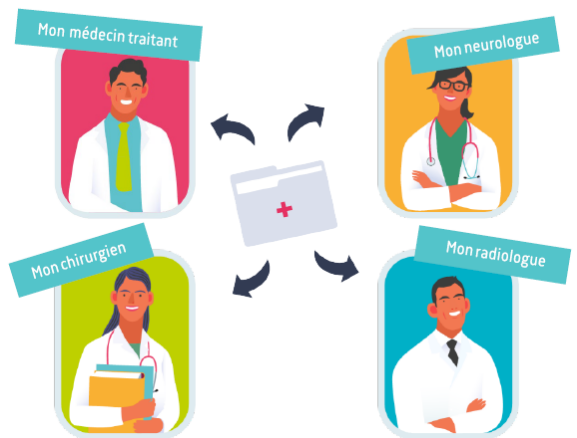
LE PARTAGE DES DONNÉES D'IMAGERIE À LA RÉUNION

Votre établissement est raccordé à PANORAMA ! Cela signifie que vous archivez l'ensemble de votre production d'examens d'imagerie médicale (images et comptes rendus) au sein d'une archive neutre DICOM régionale (VNA) et d'un entrepôt de données régional.

Grâce à cela, vous pouvez, si vous disposez d'un accès nominatif sur le PACS de l'établissement, interroger la VNA pour consulter les examens disponibles produits par votre établissement ainsi que par l'ensemble des structures raccordées à Panorama.

Seule l'équipe soignante constituée des professionnels de santé impliqués dans le suivi médical du patient est habilitée à consulter les antériorités d'imagerie depuis le PACS.

Parce que le choix a été fait de faciliter l'accès aux antériorités régionales pour les professionnels de santé, et plus particulièrement les radiologues, cet accès direct sur la VNA depuis le PACS doit être tracé, sécurisé et nominatif. C'est pour cela que les requêtes d'interrogation de la VNA sont tracées et stockées dans un concentrateur de logs régional. Ces informations peuvent ensuite être recoupées si nécessaire avec l'historique de connexion sur le PACS afin d'identifier les professionnels de santé ayant consulté les antériorités régionales d'imagerie.



Le patient doit donc être informé du traitement sur ses données opéré au niveau de votre établissement. Cette information peut se faire à l'accueil du patient au travers des différents supports de communication (affiches, flyers, notice d'information patient) fournis par le GCS TESIS. Cette information peut également vous permettre de recueillir et de tracer la non-opposition du patient au partage régional de ses examens d'imagerie, sur la base du modèle annexé à la présente procédure.

Etape n°1 (secrétariat médical) :

- A l'accueil du patient, l'informer du partage régional de ses examens d'imagerie au travers des différents supports d'information. Par défaut, le partage des examens du patient est activé entre les établissements raccordés à PANORAMA. Si le patient ne souhaite pas partager ses examens, lui demander de renseigner la fiche d'information annexée.

Etape n°2 (secrétariat médical) :

- Joindre la fiche d'information au dossier patient dans le RIS et/ou le PACS pour traçabilité.

Etape n°3 (manipulateur radio) :

- Conserver une copie locale des examens réalisés pour ce patient.

Etape n°4 (secrétariat médical) :

- Envoyer un mail pour demander la suppression de l'examen d'imagerie à l'adresse support@irm.re avec les informations suivantes :
 - o Date de l'examen : JJ / MM / AAAA
 - o IPP :
 - o Accession Number :
 - o Type d'examen :
 - o CR réalisé : oui / non
 - o CR à supprimer aussi : oui / non
 - o Examen à supprimer : oui
 - o Cause de la demande de suppression : Opposition patient au partage régional
 - o Suppression demandée par :

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

NOM DE NAISSANCE : _____

PRENOM(S) : _____

SEXE : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

TELEPHONE PORTABLE : _____

ADRESSE EMAIL : _____

2. RENSEIGNEMENTS SUR LE (OU LES) EXAMENS ¹

STRUCTURE : _____

SITE REALISANT LES EXAMENS : _____

IDENTIFIANT PERMANENT PATIENT (IPP) : _____

EXAMEN N° 1 DATE DE L'EXAMEN : _____

TYPE D'EXAMEN : _____ ACCESSION NUMBER : _____

EXAMEN N° 2 DATE DE L'EXAMEN : _____

TYPE D'EXAMEN : _____ ACCESSION NUMBER : _____

EXAMEN N° 3 DATE DE L'EXAMEN : _____

TYPE D'EXAMEN : _____ ACCESSION NUMBER : _____

3. 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 des examens d'imagerie médicale ci-dessus entre les professionnels de santé intervenant dans le cadre de ma prise 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 des examens d'imagerie médicale ci-dessus entre les professionnels de santé intervenant dans le cadre de ma prise en charge.

Fait à _____,

Le ____ / ____ / ____

Signature

¹ A renseigner par la structure médicale