

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