



Dr P. LAPLAIGE : Président du Réseau ONCO41

DOCUMENT D'INFORMATION

Vous êtes aujourd'hui en relation avec des professionnels qui font partie du Réseau de Cancérologie du Loir et Cher, ONCO 41. Il vous est proposé de bénéficier de la prise en charge offerte par ce réseau, dont les principes de fonctionnement sont les suivants :

Le réseau a pour objectif, la coordination des soins délivrés aux patients atteints du cancer par les établissements de santé, les médecins traitants, les professionnels paramédicaux, les prestataires de matériel, les prestataires de service...

Il veut vous garantir une prise en charge efficace réalisée au plus près de votre domicile, par des professionnels compétents, formés, qui observent des protocoles validés.

Il établit, en accord avec vous, un projet de soins qui réponde à vos besoins et garantisse votre qualité de vie.

Pour cela, les professionnels du réseau établissent entre eux, avec votre accord, des liens, des procédures de coordination et de bonnes pratiques.

Ils observent une stricte confidentialité, et sont soumis aux règles du secret professionnel. En dehors des informations nécessaires à votre prise en charge, ils ne travaillent que sur des données rigoureusement anonymisées.

Ils sont à votre disposition pour vous informer de façon complète sur votre prise en charge par le réseau, et pour recueillir vos observations.

Cette prise en charge rapide et efficace, nécessite votre consentement libre et éclairé, manifesté ci-dessous.

Je soussigné(e), reconnais avoir été informé(e) des modalités de fonctionnement du réseau.

J'accepte d'y participer.

J'accepte que les informations me concernant soient utilisées :

- de façon nominative au bénéfice de ma prise en charge,
- de façon anonyme pour des études et des travaux de recherches.

***J'accepte de renseigner le Réseau ONCO 41
si je suis hospitalisé (e) dans une Structure en Santé ou pris en charge en
hospitalisation à domicile (HAD).***

FICHE DE CONSENTEMENT

Je soussigné(e) :

Mr/Me.....Prénom

Nom de Jeune Fille :

Date de naissance :.....

Demeurant :.....

Téléphone(s) :

Médecin traitant :.....

Adresse :.....

Téléphone :.....

Médecin référent et adresse :.....

J'ai donc été informé(e) que ce réseau a pour but de coordonner les soins des patients atteints de cancer entre les acteurs de santé, les prestataires, les associations en respectant une stricte confidentialité.

J'ai été informé(e) que l'entrée au Réseau est gratuite et qu'à tout moment je peux le quitter sans justification après en avoir informé mon médecin référent et ONCO 41 sans modification de ma prise en charge.

J'autorise le Réseau à communiquer l'information de ma prise en charge au sein d'ONCO 41
auprès de : mon médecin traitant.
 mon médecin référent (Oncologue, radiothérapeute, chirurgien...)

J'autorise le Réseau à traiter de manière informatique l'Information de ma prise en charge (dossier déposé auprès de la CNIL)

Fait à La Chaussée Saint Victor le

Signature du patient ou de l'utilisateur



***A retourner par courrier, ou mail à
ONCO41 Rue de l'Octroi 41260 LA CHAUSSEE SAINT VICTOR***



Conformément à l'article 27 de la loi n°78, Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous avez droit de rectification ou d'annulation des informations vous concernant. Toute demande doit être adressée à :

ONCO 41, Rue de l'Octroi 41260 LA CHAUSSEE SAINT VICTOR