

DOCUMENT D'INFORMATION AUX USAGERS

L'association APPUI SANTE 28 est la structure départementale qui porte le Dispositif d'Appui à la Coordination 28 (DAC 28).

L'objectif de ce dispositif est d'apporter un appui à l'ensemble des professionnels médicaux, médico-sociaux et sociaux du département, afin de vous garantir une prise en charge globale, continue et coordonnée tout au long de votre parcours de santé.

Vous pouvez bénéficier par le DAC 28 :

- d'un appui à la coordination de votre parcours de santé à la demande d'un professionnel ;
- d'un accès à des Soins Oncologiques de Support (SOS) (psychologue, socio-esthéticienne, diététicienne).

Protection des données personnelles :

Sauf opposition motivée de votre part, les données personnelles recueillies dans le cadre d'APPUI SANTE 28, font l'objet de traitements informatisés, et non informatisés. Vos données pourront faire l'objet d'un partage entre professionnels notamment via le système d'information, la Télémédecine et MSSanté dans le strict respect du secret professionnel et du secret partagé et conformément au RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données).

Vous avez un droit d'accès aux informations vous concernant en adressant votre demande par courrier à APPUI SANTE 28.

Votre participation à ce dispositif nécessite votre consentement libre et éclairé, manifesté en complétant le document ci-dessous. Vous pourrez à tout moment, si vous le désirez, interrompre votre participation après en avoir informé par courrier la structure départementale APPUI SANTE 28.

Dans ce cas, vos soignants continueront à vous suivre avec la même attention et le même respect.

Marilyn ROUME
Directrice et pilote DAC

Ce document est à conserver par l'utilisateur

Je soussigné-e

NOM DE NAISSANCE :

NOM D'USAGE : (éventuellement)

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

CODE POSTAL/VILLE :

TELEPHONE :

MAIL :

J'accepte que les informations me concernant soient utilisées :

- De façon nominative, au bénéfice de mon parcours de santé,
- De façon anonyme, pour des études et travaux de recherche.

Reconnais :

- Avoir pris connaissance du document d'information aux usagers.
- Avoir pris connaissance des missions du DAC 28 et les accepte.

Je vous autorise à informer mon médecin traitant, le Dr (nom – prénom)

.....

exerçant à..... de mon accompagnement par le DAC 28.

Fait à..... Le.....

Signature

Merci de bien vouloir retourner ce document complété à APPUI SANTE 28