

RECUEIL DE CONSENTEMENT DU PATIENT DANS LE CADRE DE LA TELERADIOLOGIE

Dans le cadre de ses activités d'imagerie médicale, le Centre Hospitalier de Sain-Amand-Montrond transmet votre dossier d'imagerie à une société de Téléradiologie, de manière sûre et sécurisée*, afin d'interpréter les images à distance.

* mise en œuvre du **Décret n° 2007-960 du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique.**

* mise en œuvre des **Recommandations de la Société Française de Radiologie et de la Haute Autorité de Santé.**

Dans les conditions fixées par la **Loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés**, ces fichiers sont déclarés à la C.N.I.L. (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés), garante de la confidentialité des données individuelles.

Certaines informations recueillies lors de votre consultation ou de votre hospitalisation feront donc l'objet, sauf opposition justifiée de votre part, d'un enregistrement informatique.

Ces informations, protégées par le secret professionnel, sont réservées aux équipes médicales participant à la prise en charge, au médecin responsable du Département d'Information Médicale et pour les données administratives, au personnel chargé de votre suivi (facturation, service social).

Conformément à la Loi, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification de ces informations, en adressant un courrier au Directeur du CH.

Recueil de consentement

Afin de nous permettre de réaliser votre examen selon le principe de la Téléradiologie nous devons recueillir votre consentement, conformément aux instructions de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

En cas de refus, nous devons vous fixer un autre rendez-vous en présence d'un radiologue si possible.

Je soussigné(e)

Nom, prénom :

Né(e) le :

Adresse :

N° de téléphone :

Etiquette patient

AUTORISE le Centre Hospitalier de Saint-Amand Montrond à utiliser le dispositif de Téléradiologie pour assurer l'interprétation de mon examen d'imagerie qui sera réalisé le :

J'ai reçu les informations nécessaires concernant les modalités de prise en charge en téléradiologie, et consens librement à prendre cet engagement. J'accepte également que les documents relatifs à cet examen, nécessaires à ma prise en charge, soient conservés par les partenaires d'imagerie médicale.

REFUSE le dispositif de téléradiologie

Fait àle..... Nom et signature :

IMPOSSIBILITE de recueillir le consentement

Le

Nom, Fonction et signature du professionnel :