

ACCORD ET CONSENTEMENT DU PATIENT POUR UNE PRISE EN CHARGE PAR LA CSI

Nom et prénom du patient :

Adresse du patient :

Nom du représentant du patient :

Lien avec le patient :

DEMANDE DE SERVICES : En signant le présent accord, j'indique ma volonté de recevoir des soins infirmiers de la part des infirmières indépendantes* membres de la CSI. Je reste sous la responsabilité de mon médecin traitant qui prescrit les soins dont j'ai besoin. J'ai reçu toutes les informations requises concernant la facturation des soins qui me seront prodigués.

DROIT DU PATIENT : Je reconnais avoir pris connaissance de la brochure « droits des patients » et avoir ainsi été informé de mes droits, notamment le droit à l'information, l'accès à mon dossier, le secret médical (protection des données), le consentement libre et éclairé les directives anticipées.

ECHANGE D'INFORMATIONS/DELIEMENT DE L'OBLIGATION DE GARDER LE SECRET : J'autorise les infirmières indépendantes de la CSI à échanger des informations indispensables pour les soins avec d'autres fournisseurs de prestations qui participent aux soins et au traitement thérapeutique et ainsi qu'au service du médecin conseil de l'assurance maladie.

TRAITEMENT DES DONNEES INFORMATIQUES :

En signant le présent accord, je consens à ce que les données de mon dossier de soins, y compris le diagnostic médical, soient stockées sur la plateforme exploitée par MEDICAL LINK SERVICES (MLS). Je prends note que ces données seront traitées dans le respect de mes droits de la personnalité et que je jouis pleinement et en tout temps du droit d'accès à ces données.

Je prends note que la CSI et les infirmières indépendantes qui travaillent par son intermédiaire ont pris toutes les mesures de sécurité qui s'imposent pour protéger les données personnelles me concernant lors de leur traitement et lors de leur transmission à MLS.

Je reconnais avoir été informé que les données informatiques me concernant ne seront utilisées que pour l'établissement de mon dossier patient, pour la facturation, les demandes de remboursements auprès des assureurs. Je prends également note que ces données seront utilisées par la CSI de manière confidentielle et exclusivement sous forme anonyme à des fins statistiques.

DATE ET SIGNATURE DU PATIENT OU DU REPRESENTANT :

.....

NOM ET PRENOM DE L'INFIRMIERE :

.....

.....

NOTE : une copie de cet accord et consentement est considérée de même valeur que l'original.

*Lire également au masculin dans tout le document.