

Votre **patient.e** dispose d'un suivi par l'un de ces dispositifs :

- Le CRT (Centre de Ressources Territorial)
- Le DIVADOM (Dispositif Innovant de Vie à Domicile)
- L'HAD (Hospitalisation A Domicile)
- Un SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile)
- Une Equipe Médicale Mobile

Dans la logique de subsidiarité, le DAPS-85 ne prendra pas en compte la demande.

INFORMATION SUR LE CONSENTEMENT AU PARTAGE D'INFORMATIONS



Madame, Monsieur,

Afin d'améliorer votre prise en charge, le professionnel qui vous suit vous propose un appui à la coordination du parcours de santé soit réalisé par le DAPS-85 pendant 6 mois. Vous êtes donc sollicité(e) pour donner votre **consentement à la transmission d'informations** vous concernant. Votre accord permettra le partage de vos données personnelles, administratives et médicales entre les professionnels qui vous entourent, le DAPS-85 et de nouveaux intervenants afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sociale et sanitaire possible.

Vous pouvez à tout moment retirer votre consentement, demander à accéder à votre dossier et/ou demander que vos données personnelles soient retirées des traitements du DAPS-85 en nous contactant par Mail à l'adresse suivante : contact@daps85.fr.



SUR QUELLES INFORMATIONS ALLEZ-VOUS DONNER VOTRE CONSENTEMENT ?

Les données partagées sont **pertinentes, strictement nécessaires et non exhaustives** à votre suivi. Différentes catégories d'informations sont susceptibles d'être partagées :

- Vos données administratives et sociales (nom, prénom, date de naissance, situation familiale...)
- L'identité et les coordonnées de votre entourage et/ou de votre personne de confiance
- Votre état de santé, les diagnostics et les traitements mis en place ainsi que votre degré d'autonomie
- Votre habitat et sécurité (maison/appartement, étage, rural ou urbain ...)
- Les noms et coordonnées des professionnels médico-sociaux, sociaux et sanitaires qui vous entourent
- Les dates, durées et modalités de vos RDV médicaux et/ou de vos hospitalisations
- Vos besoins et les réponses apportées, ainsi que toute information ou prescription nécessaire et pertinente pour améliorer votre suivi.



A QUELS PROFESSIONNELS ALLEZ-VOUS DONNER VOTRE CONSENTEMENT ?

Vous pouvez accorder l'accès aux informations vous concernant aux professionnels et différents organismes ou prestataires qui vont intervenir auprès de vous. Le recueil de votre consentement et l'échange d'informations entre les professionnels font l'objet d'un encadrement législatif et réglementaire strict.

Ces derniers sont regroupés en listes et bénéficient d'un accès différencié aux informations selon qu'elles sont nécessaires à votre prise en charge ou non :

- Liste 1 : Les professionnels de santé qui interviennent régulièrement ou ponctuellement auprès de vous (Médecins, spécialistes, infirmiers, kinésithérapeute, ergothérapeutes, pharmaciens...)
- Liste 2 : Les travailleurs sociaux ou structures d'appui
- Liste 3 : Organisme, Prestataire ou professionnel d'aide à la vie quotidienne



| | Professionnels de santé L1 | Structures d'appui L2 | Travailleurs sociaux L2 | Professionnels d'aide à la vie quotidienne L3 |
|-------------------------------------|----------------------------|-----------------------|-------------------------|---|
| Données administratives et sociales | X | X | X | X |
| Personnes ressources | X | X | X | X |
| Données médicales | X | X | | |
| Habitat/sécurité | X | X | X | X |
| Coordonnées des professionnels | X | X | Si besoin | Si besoin |
| RDV médicaux | X | Si besoin | Si besoin | Si besoin |



Dans le respect des dispositions précédentes, un des professionnels de santé vous prenant en charge régulièrement peut transmettre, sous sa responsabilité, des informations vous concernant à un autre professionnel s'il estime que ces données sont nécessaires à votre prise en charge.



QUELLE EST LA TRAÇABILITE DU CONSENTEMENT ?

Le consentement peut être oral ou écrit (Le décret reprend la formule de l'article L.110-4 CSP et impose le recueil du consentement préalable de la personne ou de son représentant légal « par tout moyen, y compris dématérialisé »). Votre accord peut faire l'objet de la signature de la présente fiche d'information sur le consentement.



QUELLE EST LA DUREE DE VALIDITE DU CONSENTEMENT ?

Le consentement est limité à la durée du suivi de la personne, celle-ci n'excluant pas une ou plusieurs interventions successives de professionnels (L'alinéa 2 de l'article D 1110-3-3 CSP précise que le consentement au partage d'informations entre les différents professionnels peut être retiré à tout moment et par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée).



QUELLE EST LA DUREE DE CONSERVATION DE VOS DONNEES PERSONNELLES AU DAPS-85 ?

Les informations médico-sociales du patient seront conservées 5 ans après le dernier échange entre votre médecin traitant et le DAPS-85.



CONSENTEMENT ECRIT

- PATIENT Aidé / PERSONNE A ACCOMPAGNER :**

NOM de naissance NOM d'usage : Prénom :
 Date de Naissance : /.../..... Ville de naissance :
 ADRESSE - N° : Voie : Ville :
 Tel :

- REPRESENTANT LEGAL :**

NOM de naissance NOM d'usage : Prénom :
 Date de Naissance : /.../..... Ville de naissance :
 ADRESSE - N° : Voie : Ville :
 Tel :



j'accepte que les professionnels médicaux, sociaux et paramédicaux ainsi que les organismes et/ou prestataires de services me prenant en charge puissent s'échanger les informations nécessaires et pertinentes me concernant selon les modalités précisées ci-dessus. Je confirme avoir été dûment informé(e) des conditions de transmission de ces informations.

Date :

Signature de la personne concernée :

Signature de son représentant légal :

A retourner :

- Par courrier à : DAPS-85 Bâtiment F – Technopolis – 50 rue Jacques-Yves Cousteau 85000 LA ROCHE SUR YON
- Par messagerie sécurisée : daps85@esantepdl.mssante.fr



ENTOURAGE / AIDANT(S) (FAMILLE, AMIS, VOISINAGE, ...)

NOM Prénom / coordonnées tél / nature du lien :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INTERVENANTS CONNUS

- Médecin traitant : NOM..... téléphone.....
- SAD : NOM..... téléphone.....
- SSIAD : NOM..... téléphone.....
- Service social : NOM..... téléphone.....
- IDEL : NOM..... téléphone.....
- Mesure de protection : NOM..... téléphone.....
○ Curatelle ○ Tutelle
- Autre : NOM..... téléphone.....

DESCRIPTIF DE LA SITUATION ET DE LA DEMANDE

Depuis quand le patient est-il en rupture de parcours de santé ?

.....

.....

.....

Quelle est la problématique de santé ?

.....

.....

.....

Quels sont ses besoins ?

.....

.....

.....

Où est la rupture de parcours de soins ?

.....

.....

.....

