

Acte de consentement

Identification du patient :

Nom :	Prénom :
Nom de jeune fille :	
Date et lieu de naissance :	
Adresse :	
.....	
E-mail :	
Téléphone :	
Jours et heures préférentiels où nous pouvons vous contacter en cas de besoin (du lundi au vendredi de 09h00 à 16h00)	
.....	
N° Sécurité sociale :	

Je soussigné(e),, déclare avoir reçu et pris connaissance du document d'information du réseau **GENEPY** et,

- J'accepte d'entrer dans le réseau en signant le présent document**
- Je refuse d'entrer dans le réseau (Motif de refus :))**

Si j'accepte :

- J'ai bien noté que ma participation à ce réseau me permet de bénéficier d'un Programme Personnalisé de Suivi (PPS) tenant compte des recommandations de l'**INCa** (Institut **N**ational du **C**ancer) et de ma situation personnelle.

Ce programme personnalisé de suivi est défini soit à l'issue de la consultation d'oncogénétique, soit après discussion en **RCP**¹, puis validé par mes médecins référents.

- Je conserve le libre choix des professionnels de santé référents de ma prise en charge (gynécologues, radiologues, gastro-entérologues, chirurgiens, psychologues...) qui seront adhérents obligatoirement au réseau **GENEPY**.

(Remplir le document ci-joint).

¹ Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

- Je donne mon accord pour que les informations administratives et médicales me concernant soient enregistrées dans le dossier informatique de **GENEPY** et puissent être utilisées, à des fins médicales, par les professionnels de santé qui auront la responsabilité de ma prise en charge. De plus, j'accepte, dans le cadre de la mise à jour de mon suivi et de manière exceptionnelle, que le réseau GENE**P**Y puisse consulter le Dossier Communicant de Cancérologie (DCC) me concernant.
- J'autorise également les membres de la cellule de coordination du réseau à prendre connaissance de mon dossier, à procéder à la saisie informatique des données me concernant, qui pourront être consultées par les professionnels adhérents au réseau et participants aux RCP de **GENEPY**.
- Je permets l'utilisation, à des fins statistiques ou épidémiologiques, des informations me concernant, qui auront au préalable été rendues anonymes conformément aux dispositions de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).
- Des questionnaires de satisfaction pourront m'être proposés.

Conformément à la réglementation applicable², je peux exercer mes droits d'accès, de rectification, d'effacement, de portabilité de mes données, de limitation et d'opposition au traitement auprès du responsable de traitement. Je dispose d'un droit permanent d'accès et de rectification aux informations contenues dans mon dossier.³ Je peux également introduire un droit de réclamation auprès d'une autorité de contrôle (www.cnil.fr).

Je reste parfaitement libre de me retirer du réseau à tout moment.

Je m'engage à transmettre tout changement ayant un impact sur ma prise en charge, à savoir mon adresse de domicile et la désignation des médecins référents.

Quelle que soit votre décision de participer ou non, nous vous demandons de signer ce document en indiquant votre choix et de nous le renvoyer à l'aide de l'enveloppe ci-jointe.

En cas de non réponse de votre part, nous nous permettrons de vous recontacter afin de connaître votre position vis-à-vis de cette proposition.

Date et Signature de la personne précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

² Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD), loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et Code de la Santé Publique, notamment les articles L1111-7 et L1110-12

³ Vous pourrez par demande écrite, directement ou par l'intermédiaire de tout médecin que vous aurez désigné, avoir accès au contenu de votre fiche médicalisée ainsi qu'au détail des informations transmises aux structures d'évaluation. Pour cela, il vous suffit d'adresser un courrier à l'adresse suivante : Délégué à la protection des données (DPO) – Réseau Onco-Occitanie – 1, avenue Irène Joliot Curie – 31059 Toulouse cedex 9. Délai de réponse huit jours.