

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.

¹ Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

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*).

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.

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** (Réunions de Concertation Pluridisciplinaires).

J'autorise également 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).

Je dispose d'un droit permanent d'accès et de rectification aux informations contenues dans mon dossier.*

Des questionnaires de satisfaction pourront m'être proposés.

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»

**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.*