

ACTE D'ADHESION DU PROFESSIONNEL AU RESEAU GENEPY

Je soussigné(e) :

Nom :	Prénom :
Profession :	
Mode d'exercice : <input type="checkbox"/> Hospitalier <input type="checkbox"/> Libéral <input type="checkbox"/> Autre :	
Adresse d'exercice :	
.....	
E-mail :	
Téléphone :	Fax :
N° CPS :	
N° RPPS (le cas échéant) :	
Modalités de contact souhaité :	
<input type="checkbox"/> E-mail (<u>via Medimail*</u>)	<input type="checkbox"/> Courrier

 Je souhaite adhérer au réseau GENEPY. Mes engagements sont les suivants :

- J'accepte d'être identifié en tant que médecin référent dans le réseau **GENEPY**.
- Je déclare avoir reçu et pris connaissance du document d'information et du référentiel de bonnes pratiques du réseau **GENEPY**.
- Je m'engage à respecter le mode de fonctionnement du réseau et notamment à :
 - o Assurer la prise en charge des personnes incluses dans le réseau et qui m'ont désignées comme référent, en collaboration avec les autres professionnels référents,
 - o Utiliser les guides de consultation, les fiches de bonnes pratiques et les « outils » choisis par le réseau,
 - o Transmettre systématiquement les comptes rendus au réseau,
 - o Contacter la personne en cas de non-respect du calendrier des rendez-vous (alerte générée par **GENEPY** si non réception des comptes rendus),
- Je peux participer à la discussion de la RCP des dossiers de mes patients soit par le biais d'échanges préparatoires avec la cellule de coordination, soit en

participation directe à la réunion (physique, téléphonique ou par visioconférence).

- Je peux suivre la formation continue qui sera dispensée dans la région par **GENEPY** : réunions et/ou par documentations.

Je m'engage à rester dans le dispositif pendant un an, renouvelable tacitement.

Acceptez-vous que vos données personnelles figurent dans l'annuaire des professionnels référencés de **GENEPY** accessible aux patients et aux professionnels ?

Oui

Non

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données 2016/679 et à la loi informatique et libertés n°78-17 modifiée, vous disposez, d'un droit d'opposition, d'accès, de rectification, d'effacement, d'un droit à la portabilité de vos données et d'un droit à la limitation de leur traitement.

Si vous souhaitez les exercer, veuillez adresser votre demande par mail à l'adresse suivante : dpo@onco-occitanie.fr.

Toute rupture de l'engagement doit être signalée au réseau. *Préalablement, le professionnel aura organisé la continuité des soins auprès d'un autre soignant membre du réseau éventuellement.*

Je ne souhaite pas adhérer au réseau GENE**PY**

Motif :
.....
.....

Fait en deux exemplaires (un remis au Réseau, l'autre au professionnel)

À..... le.....

Signature du professionnel :

*** Info sur MEDIMAIL : Messagerie sécurisée de santé pour les Professionnels de Santé et les établissements de Midi Pyrénées.**

Médimail permet l'acheminement et la gestion des enveloppes et des pièces attachées de façon confidentielle et l'inviolabilité du contenu des fichiers de l'utilisateur.