

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LE PATIENT concernant sa participation au dispositif de coordination « @nsanm Martinique » de la CPTS Madinina

Madame, Monsieur,

Les professionnels libéraux qui vous prennent en charge sont membres de l'association CPTS Madinina.

@nsanm Martinique : la coordination interprofessionnelle

@nsanm Martinique est un dispositif de coordination des soins qui a pour objectif d'améliorer votre prise en charge : la CPTS Madinina met à la disposition de tous les professionnels de santé libéraux de la Martinique un service numérique simple, mobile, sécurisé, et traçable de support à la coordination des soins non programmés et de la Réhabilitation Rapide Après Chirurgie (RRAC) de l'épaule.

Ce service numérique leur permet de :

- Trouver les professionnels répondant à votre besoin de soins,
- Partager des informations nécessaires à votre prise en charge,
- Alerter des membres de votre équipe de soins en cas de problème.

@nsanm Martinique s'inscrit dans le respect de toutes les dispositions relatives au secret médical, à votre libre choix de praticien et de professionnel de santé.

Votre équipe de soins

@nsanm Martinique priorise systématiquement votre équipe de soins habituelle. Cependant, si votre soignant habituel n'est pas inscrit sur l'application, ou s'il n'est pas disponible le moment venu, votre prise en charge sera adressée à d'autres professionnels de santé inscrits. Cela permet de répondre à votre besoin le plus rapidement possible. Il se peut donc que vous ne connaissiez pas ce professionnel de santé. La CPTS Madinina vous encourage à inviter votre équipe de soins habituelle à faire partie du dispositif @nsanm Martinique.

Vos données à caractère personnel et RGPD

Vos données à caractère personnel ne sont destinées qu'à créer et diffuser une demande de prise en charge, améliorer la qualité de cette dernière, et à assurer la supervision de son exécution. La CPTS Madinina s'interdit d'utiliser ces données à caractère personnel pour toute autre finalité sans l'accord préalable du patient et s'oblige à assurer leur confidentialité.

La CPTS Madinina s'engage à respecter la réglementation en vigueur applicable au traitement de données à caractère personnel et, en particulier, le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) ainsi que la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Pour tout complément d'information concernant la protection de vos données, un Délégué à la Protection des Données (DPO) vous est accessible à l'adresse rgpd@medicalconcept.com

Respect des valeurs, principes, et codes déontologiques

Les professionnels souhaitant faire partie de @nsanm Martinique doivent signer une charte qui les engage à respecter les valeurs et principes de la CPTS Madinina, dans le respect des

règles déontologiques des Ordres des professionnels de santé et du Code de la Santé Publique.

Pour plus d'information

Le professionnel de santé vous invitant à faire partie de @nsanm Martinique vous a présenté ce dispositif de coordination de la CPTS Madinina et répondra à vos questions concernant son outil professionnel.

Pour en savoir plus sur la CPTS Madinina et @nsanm Martinique :
www.cpts-madinina.org
contact@cpts-madinina.org

DÉCLARATION DU PATIENT

Je déclare avoir lu l'intégralité de ce document et que son contenu m'a été expliqué par mon professionnel de santé. Je déclare être informé(e) sur le dispositif de coordination de la CPTS Madinina et avoir reçu une copie du "Formulaire de consentement".

J'ai lu les informations et les ai comprises. J'ai disposé de suffisamment de temps pour prendre en considération ma participation et poser d'éventuelles questions.

Mon professionnel de santé m'a suffisamment informé(e) pour prendre une décision concernant ma participation et j'y consens librement. Je peux renoncer à participer à @nsanm Martinique en concertation avec mon professionnel de santé.

Je sais que mes données personnelles seront traitées et je donne la permission à la CPTS Madinina d'avoir accès à ces données.

Je donne mon consentement à participer au dispositif @nsanm Martinique de la CPTS Madinina.

Nom : _____

Prénom : _____

Signature : _____

Le/...../.....

à

Consentement recueilli par :

Nom : _____

Prénom : _____

Profession : _____

Le/...../.....

à