

NOTE D'INFORMATION

ACCES ELECTRONIQUE DES MEDECINS LIBERAUX AU DOSSIER MEDICAL HOSPITALIER INFORMATISE DE LEURS PATIENTS

Vous allez venir en consultation, ou être hospitalisé(e) au Centre Hospitalier Loire-Vendée-Océan, et nous vous remercions de votre confiance.

Pour améliorer votre prise en charge, le Centre Hospitalier Loire-Vendée-Océan souhaite favoriser la communication entre médecins hospitaliers et libéraux. Il s'agit, **dans le strict respect des règles du secret médical**, de permettre à votre médecin traitant, généraliste ou spécialiste, exerçant à proximité de l'établissement, d'accéder aux principales données de votre dossier médical hospitalier informatisé.

Cet accès s'effectuera via un portail internet hautement sécurisé, appelé « réseau ville-hôpital ».

L'accès à votre dossier médical ne sera possible qu'à trois conditions :

- le médecin libéral concerné doit être inscrit sur la liste de médecins habilités à accéder au «réseau ville-hôpital »,
- lui et lui seul peut, en se connectant avec sa carte professionnelle de santé, qui lui est personnelle, avoir accès à votre dossier médical,
- vous devez, et ce, en toute liberté, avoir donné votre accord écrit en désignant nominativement le ou les médecins à qui vous permettez ce mode d'accès aux informations médicales vous concernant. Vous pouvez à tout moment retirer cette autorisation (voir en bas du formulaire ci-joint).

N'hésitez pas à vous renseigner auprès de votre médecin pour plus d'informations.

Le Directeur
Pierre VOLICOT



FORMULAIRE D'AUTORISATION

ACCES ELECTRONIQUE AU DOSSIER MEDICAL HOSPITALIER INFORMATISE

Important :

Après avoir complété, daté et signé ce formulaire, merci de l'apporter en mains propres :

- au secrétariat du service de consultation ou d'hospitalisation lors de votre venue.
- à l'accueil de l'hôpital, accompagné d'une photocopie d'une pièce d'identité

Je soussigné(e), (Indiquer vos Nom et Prénoms) _____

Né(e) le : ___/___/___ à _____ (n° département: ___)

Domicilié(e) à _____ (n° département : ___)

- I. déclare avoir pris connaissance de la note d'information portant sur l'accès électronique au dossier médical hospitalier informatisé,
- II. décide en conséquence d'autoriser le (les) médecin(s) ci-dessous listé(s) à accéder à mon dossier médical hospitalier informatisé.

Liste des médecins autorisés :

Nom du médecin	Généraliste/spécialiste (indiquer la spécialité)	Exerçant à (indiquer commune et n° de département)

Quelque soit mon choix, la transmission par courrier au médecin traitant et/ou au médecin qui m'a adressé au Centre hospitalier Loire-Vendée-Océan, sera effectuée systématiquement (sauf opposition expresse de ma part, exprimée dès l'arrivée dans le service).

Je peux également, à tout moment, par simple courrier adressé à la direction des affaires générales, Bd Guérin, BP 219, 85302 Challans cedex, indiquer mon souhait de mettre fin à cet accès, pour tel ou tel médecin désigné. Le centre hospitalier s'engage alors à mettre fin à la possibilité de connexion au plus tard 8 jours après réception de ma lettre.

Fait le / / à

Signature