



RESTRICTION DE COMMUNICATION DES DONNEES PERSONNELLES

Votre hospitalisation implique le recueil et la conservation d'informations personnelles, qu'elles soient médicales ou non, dans votre dossier patient.

Vous avez la possibilité de vous opposer à ce que tout ou partie de ces informations soient communiquées à certaines personnes. Si tel est votre souhait, vous pouvez remplir les éléments suivants et de remettre ce document à l'un des professionnels assurant votre prise en charge.

Ce document sera conservé dans votre dossier.

Je soussigné(e) :

Nom de naissance : Nom d'usage (*cas échéant*) :

Prénom : Date de naissance : ... / ... / ...

Je souhaite que l'accès aux informations suivantes soit restreint :

.....
.....
.....
.....
.....

Je suis un patient mineur, et je souhaite que ces informations soient communiquées à mes parents par l'intermédiaire d'un médecin

Je souhaite que ces informations ne soient pas communiquées à mes proches (ayants droits, concubin, partenaire pacsé,...) :

- Nom, Prénom : Qualité :
- Nom, Prénom : Qualité :
- Nom, Prénom : Qualité :
- Nom, Prénom : Qualité :
- Nom, Prénom : Qualité :

Je souhaite que ces informations ne soient pas communiquées aux professionnels suivants :

Médecin(s) :

Autre(s) professionnel(s) :

Registre des cancers

Professionnels contribuant à l'amélioration des parcours, de la qualité et de la sécurité des soins au Centre Hospitalier de Fontenay-le-Comte *

Professionnels en formation amenés à consulter des dossiers dans le cadre d'études et de recherches, pour valider leur formation *

Fait à Fontenay-le-Comte, le ... / ... / ... Signature :

* Nous nous engageons à ce que le traitement de vos informations soit anonymisé.