

**Centre GénoPsy**  
CRMR Maladies Rares à Expression Psychiatrique  
Pôle Hospitalo-Universitaire ADIS  
Centre d'excellence Autisme et TND – iMIND



Centre Hospitalier le Vinatier  
95 Bd Pinel - BP 30039  
69678 BRON Cedex

Email : [secretariat\\_genopsy@ch-le-vinatier.fr](mailto:secretariat_genopsy@ch-le-vinatier.fr)  
Tel. : 04 37 91 51.63  
Fax : 04.37.91.52.64

## INFORMATION ET RECUEIL DU CONSENTEMENT DU PATIENT POUR L'ÉCHANGE DE DONNÉES DE SANTÉ DANS LE CADRE D'UNE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE

Le/la Dr ..... (NOM Prénom) souhaite obtenir l'avis de la concertation pluridisciplinaire « troubles psychiatriques d'étiologie génétique rare » coordonnée par le Pr Caroline DEMILY (CRMR GénoPsy, Centre Hospitalier Le Vinatier), afin d'adapter au mieux votre prise en charge.

L'échange entre les professionnels de santé des données de santé vous concernant sera réalisé via la messagerie sécurisée MsSanté SARA (<https://www.sante-ra.fr/>) et la plateforme LifeSize ; ce qui permet de garantir la confidentialité et la sécurité de la transmission des données.

Seules les données nécessaires pour étudier la pertinence de votre prise en charge seront échangées (liste disponible sur la page <http://www.ch-le-vinatier.fr/offre-de-soins/la-recherche/genopsy/rcp-maladies-rares-2340.html>). De plus, seuls les professionnels participant à cette concertation pluridisciplinaire y auront accès (liste disponible sur la page <http://www.ch-le-vinatier.fr/offre-de-soins/la-recherche/genopsy/rcp-maladies-rares-2340.html>). Ces professionnels sont soumis au secret professionnel.

La sollicitation de la RCP donnera lieu à la constitution d'un dossier médical vous concernant au Centre Hospitalier Le Vinatier.

Le/la Dr ..... vous informera du compte-rendu de la concertation pluridisciplinaire. L'avis pluridisciplinaire doit être considéré comme une aide à la prise en charge. Le professionnel demandeur de l'avis est le plus à même de connaître votre situation particulière. Il est au final décideur de la conduite à tenir, en accord avec vous / votre représentant légal.

### **Consentement du patient :**

Je, soussigné(e), .....(NOM Prénom) né(e) le ..... à ..... déclare avoir été informé(e) et donner mon consentement pour la présentation de mon dossier à la RCP-MREP.

Fait à ..... le ..... Signature

### **OU, le cas échéant, consentement du ou des représentants légaux :**

Je (nous), soussigné(es), ..... (NOM Prénom) et ..... (NOM Prénom), agissant en tant que représentant(s) légal(aux)

de ..... (NOM Prénom)

né(e) le ..... à .....

déclare(ons) avoir été informé(es) et donner mon (notre) consentement pour la présentation du dossier de ..... (NOM Prénom) à la RCP-MREP.

Fait à ..... le ..... Signature