

CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE

« PREINDICATION SEQUENÇAGE TRES HAUT DEBIT (STHD) – SCHIZOPHRENIES SYNDROMIQUES »

Information et recueil du consentement du patient pour l'échange de données médicales dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire

La réalisation d'un examen génétique de séquençage à très haut débit (STHD) suit un protocole strict défini par la Haute Autorité de Santé (HAS). Celui-ci comprend la discussion de la situation de chaque patient au cours d'une concertation pluridisciplinaire nationale qui a pour mission de valider ou d'invalider l'indication de l'examen.

Le/la Dr (NOM Prénom) souhaite présenter votre situation au cours de la concertation pluridisciplinaire « préindication STHD – schizophrénies syndromiques » coordonnée par le Dr Alice POISSON (CRMR GénoPsy, Centre Hospitalier Le vinatier).

L'échange entre les professionnels de santé des données médicales vous concernant sera réalisé via la plateforme informatisée GCS SARA (<https://www.sante-ra.fr/>) qui garantit la confidentialité et la sécurité des données personnelles.

Seules les données nécessaires pour étudier la pertinence du STHD seront échangées. De plus, seuls les professionnels participant à cette concertation pluridisciplinaire y auront accès. La liste des données échangées et des participants est disponible dans la charte de fonctionnement de la RCP accessible ici : http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Documents/Offre_de_soins/1-charte_de_fonctionnement_RCP_preindication_STHD-schizophrénie_syndromique.pdf. Ils sont soumis au secret professionnel.

Le/la Dr vous informera de la décision de la concertation pluridisciplinaire.

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 réunion de concertation pluridisciplinaire « préindication STHD – schizophrénies syndromiques ».

Fait à le

Signature

Le cas échéant, consentement du représentant légal :

Je, soussigné(e),(NOM Prénom), agissant en tant que représentant légal de né(e) le à déclare avoir été informé(e) et donner mon consentement pour la présentation du dossier de (NOM Prénom) à la réunion de concertation pluridisciplinaire « préindication STHD – schizophrénies syndromiques ».

Fait à le

Signature