

Logo établissement  
ou  
Tampon professionnel



**Document d'information aux usagers et formulaire de consentement  
concernant :**

- L'étude de votre dossier en réunion de concertation pluridisciplinaire
- Le traitement automatisé de vos données de santé dans le cadre du Réseau Régional de Cancérologie ONCO Nord Pas-de-Calais et à des fins de santé publique.

**La coordination régionale des soins en cancérologie**

Les professionnels qui vous prennent en charge exercent dans des établissements membres du Réseau Régional de Cancérologie (RRC) ONCO Nord Pas-de-Calais. Le RRC rassemble les établissements de soins publics et privés ainsi que les professionnels libéraux de la région.

Le réseau ONCO Nord Pas-de-Calais permet aux professionnels de santé de coordonner leurs pratiques, et de garantir à tous les patients atteints de cancer, un accès égal à des soins de qualité, quel que soit le lieu et la structure de prise en charge. Le RRC a pour mission d'harmoniser et d'améliorer de façon continue la qualité et la continuité des soins.

**Les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP)**

La mise en œuvre de la pluridisciplinarité est primordiale en cancérologie ; à cet effet, les RCP ont été mises en place. Elles regroupent des médecins de différentes spécialités qui étudieront votre dossier de façon collégiale, dans le respect du secret médical, afin de vous proposer une stratégie de prise en charge optimale.

A l'issue de la concertation pluridisciplinaire, une fiche individuelle de proposition de traitement est rédigée : la fiche de RCP, contenant vos données de santé personnelles.

**L'informatisation des données médicales**

Le réseau ONCO Nord Pas-de-Calais dispose d'une base de données régionale informatisée de gestion des RCP. Cette base de données regroupe l'ensemble des fiches de RCP et permet aux professionnels de santé d'accéder aux informations médicales vous concernant, quel que soit le lieu où vous poursuivez votre traitement.

**Nos engagements**

Toutes vos données sont centralisées et informatisées selon une procédure approuvée par la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) garantissant la confidentialité des données. Toutes précautions utiles sont prises afin de préserver la sécurité des informations de santé personnelles et, notamment, d'empêcher qu'elles soient déformées, endommagées, ou que des tiers non autorisés y aient accès. Sous réserve d'accord de votre part, les informations contenues dans la base de données régionale seront partagées et accessibles par les professionnels de santé ou établissements de santé vous prenant en charge, et ceux que vous aurez librement désignés. Les professionnels intervenant dans le traitement de vos données de santé respectent votre vie privée et sont soumis au secret professionnel. L'hébergement de vos données sera réalisé par le Syndicat Inter-hospitalier d'Informatique Hospitalière du Nord-Pas de Calais (SIIH 59 62), hébergeur agréé conformément au décret n° 2006-6 du 4 mars 2006 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel.

**Vos droits**

Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée le 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant. Pour exercer ce droit veuillez adresser un courrier postal signé à la Direction du RRC Réseau Régional de Cancérologie ONCO Nord Pas-de-Calais, 180 rue Eugène Avinée 59120 Loos. **Votre consentement est nécessaire pour que vos données de santé soient incluses dans la base de données régionale. En cas de refus de votre part, votre équipe médicale mettra tout en œuvre pour assurer une qualité de prise en charge médicale équivalente.**

Mme  Mlle  M  Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .... / .... / ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

**Acceptez-vous que votre dossier soit étudié en réunion de concertation pluridisciplinaire ?**  OUI  NON

**Acceptez-vous le partage et l'intégration de vos informations de santé dans la base de données ONCO Nord Pas-de-Calais ?**  OUI  NON

Fait à .....

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

Signature du patient :

Consentement recueilli par :

*Signature et cachet du professionnel*