

# Fiche Patient

## Vos droits :

### Opposition au partage de données médicales

#### Document à remplir FORMULAIRE D'OPPOSITION AU PARTAGE DE DONNÉES MÉDICALES

La qualité de votre prise en charge au sein de notre établissement implique une nécessaire coordination des soins entre les différents professionnels de santé amenés à vous soigner à un moment donné ; Pour répondre à ces objectifs, OPHTALMOLOGIE RIVE GAUCHE a entériné le principe du partage d'informations des données médicales et paramédicales entre les différentes équipes de soins, pour les patients dont l'état de santé relève de plusieurs disciplines médicales. Les professionnels de santé sont assujettis au secret professionnel et n'ont le droit d'accéder au dossier du patient que dans le cas d'un suivi pluridisciplinaire.

Toutefois, en tant que patient, vous pouvez refuser ce partage d'informations, en exerçant votre droit d'opposition :

**Je soussigné(e)**

.....  
**refuse que mon dossier soit accessible à d'autres professionnels  
de santé que mon médecin référent :**

**Docteur**.....

**et les professionnels de santé agissant sous sa responsabilité directe.**

#### **IMPORTANT**

- Vous pouvez revenir à tout moment sur votre décision de partage ou de non partage des données concernant votre état de santé, entre les différents professionnels de santé du Centre et de la clinique.
- En cas d'opposition de votre part et de venue dans un autre service De la clinique, votre dossier patient ne sera pas accessible audit service, ce qui peut impliquer pour vous une perte de chance, par méconnaissance des données relevant de votre historique médical. J'ai bien pris connaissance de l'avertissement ci-dessus et accepte ce risque de perte de chance.

Néanmoins, en cas de situation extrême mettant en jeu votre pronostic vital, les professionnels de santé assurant votre prise en charge auront l'obligation d'accomplir tout acte indispensable à votre survie et pourront à cet effet décider d'accéder à votre dossier patient.

Le : ..... Signature :

OPHTALMOLOGIE  
RIVE GAUCHE



Strabologie et Ophtalmopédiatrie

# Droits d'opposition

Vos droits :  
Opposition à  
l'utilisation de  
vos données  
de soins  
à des fins  
de recherche,  
d'enseignement  
ou de publication  
scientifique dans  
le domaine  
de la santé

OPHTALMOLOGIE  
RIVE GAUCHE



Strabologie et Ophtalmopédiatrie

Document à remplir

## DROIT D'OPPOSITION À L'UTILISATION

DES DONNÉES DE SOINS À DES FINS DE RECHERCHE,  
D'ENSEIGNEMENT OU DE PUBLICATION SCIENTIFIQUE DANS LE  
DOMAINE DE LA SANTÉ.

J'exerce mon droit d'opposition

- Pour moi-même  
 Pour la personne pour laquelle j'agis comme représentant légal

Je soussigné(e) / L'opposition concerne

M.  Mme

Nom d'usage : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... à : .....

Adresse postale : .....

Email : .....@.....

Numéro d'Identification Personnel (NIP) ou Identifiant Permanent du Patient (IPP) (si représentant légal identifiant de la personne représentée) :

### **Veillez renseigner les informations vous concernant en tant que représentant légal.**

Je soussigné(e) M. Mme

Nom de famille : .....

Nom d'usage : .....

Prénom(s) : .....

Né(e) le : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : .....

Domicilié(e) à : .....

### **En application de l'article 21 du règlement général sur la protection des données (règlement UE 2016/679).**

M'oppose à ce que les données me concernant (ou concernant la personne pour laquelle j'agis comme représentant légal), recueillies dans le cadre de mes soins, fassent l'objet de traitements automatisés ayant pour finalité la recherche, l'enseignement ou la publication scientifique.

Étant entendu que cette opposition n'influencera en rien la qualité des soins qui me seront prodigués ou qui seront prodigués à la personne pour laquelle j'agis comme représentant légal.

Je joins une copie de ma carte nationale d'identité ou passeport ou permis de conduire ou titre de séjour.

Fait à : ..... Le : ..... Signature :

Ce formulaire est à adresser au Délégué à la Protection des Données (DPO) du centre :

- Par mail : [dpo@ophtalmologie-rivegauche.fr](mailto:dpo@ophtalmologie-rivegauche.fr)
- Par voie postale : Centre Ophtalmologie Rive Gauche - M/Mme le Délégué à la Protection des Données (DPO) – 47 allées Charles de Fitte 31300 TOULOUSE.