

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Action d'accompagnement à destination des patients sous thérapie antirétrovirale dans le cadre d'un changement de traitement



À compléter par le patient

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Adresse e-mail pour recevoir les liens des auto-questionnaires : _____

Prochain RDV avec le médecin infectiologue : ____ / ____ / ____

N° de téléphone (portable si vous acceptez les sms de rappel) sur lequel l'infirmier.e peut appeler : _____

Je suis joignable de préférence le : Matin Après-midi

J'accepte de recevoir des SMS de rappel avant la prise de mon traitement

Souhaitez-vous informer **votre pharmacien** de votre suivi dans le programme ? Oui Non

Si oui, coordonnées :

Nom/Prénom _____

N° de téléphone _____

Adresse _____

Souhaitez-vous informer **votre médecin traitant** de votre suivi dans le programme ? Oui Non

Si oui, coordonnées :

Nom/Prénom _____

N° de téléphone _____

Adresse _____

En signant ce consentement, j'accepte de bénéficier du dispositif d'accompagnement qui m'a été proposé par mon médecin prescripteur et je consens à la collecte et au traitement de mes données de santé à caractère personnel dans le cadre de l'action d'accompagnement ainsi qu'à leur hébergement auprès d'un hébergeur agréé.

Date et signature du patient - OBLIGATOIRE

À compléter par le médecin infectiologue*

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

N° de téléphone _____

Je souhaite recevoir les comptes-rendus du suivi de mon patient :

Par courrier Sur un extranet sécurisé

Votre adresse e-mail afin de recevoir vos accès à l'extranet : _____

Nouveau Traitement prescrit : _____

Date de démarrage du nouveau traitement à l'hôpital :

____ / ____ / ____

Traitement antérieur : _____

Je souhaite que les comptes rendus soient également adressés à une personne référente de mon équipe :

Nom _____

Prénom _____

E-mail _____

Fonction _____

*Si vous ne souhaitez pas que l'infirmier.e Patientys suive une donnée ou un élément lié à ce formulaire, rayez la mention. Vous pouvez joindre à ce consentement un compte rendu de consultation ou tout autre document qui vous semble pertinent dans le cadre du suivi.

Cachet du médecin

Date et signature du médecin prescripteur - OBLIGATOIRE

J'atteste avoir décrit le dispositif d'accompagnement à mon patient qui souhaite en bénéficier

Merci d'envoyer ce formulaire par enveloppe T ou via l'adresse sécurisée suivante monsuivih@jeebop.mssante.fr ou de compléter le formulaire en ligne sur <http://monsuivih.fr>

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Action d'accompagnement à destination des patients sous thérapie antirétrovirale dans le cadre d'un changement de traitement



À compléter par le patient

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Adresse e-mail pour recevoir les liens des auto-questionnaires : _____

Prochain RDV avec le médecin infectiologue : ____ / ____ / ____

N° de téléphone (portable si vous acceptez les sms de rappel) sur lequel l'infirmier.e peut appeler : _____

Je suis joignable de préférence le : Matin Après-midi

J'accepte de recevoir des SMS de rappel avant la prise de mon traitement

Souhaitez-vous informer **votre pharmacien** de votre suivi dans le programme ? Oui Non

Si oui, coordonnées :

Nom/Prénom _____

N° de téléphone _____

Adresse _____

Souhaitez-vous informer **votre médecin traitant** de votre suivi dans le programme ? Oui Non

Si oui, coordonnées :

Nom/Prénom _____

N° de téléphone _____

Adresse _____

En signant ce consentement, j'accepte de bénéficier du dispositif d'accompagnement qui m'a été proposé par mon médecin prescripteur et je consens à la collecte et au traitement de mes données de santé à caractère personnel dans le cadre de l'action d'accompagnement ainsi qu'à leur hébergement auprès d'un hébergeur agréé.

Date et signature du patient - OBLIGATOIRE

À compléter par le médecin infectiologue*

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

N° de téléphone _____

Je souhaite recevoir les comptes-rendus du suivi de mon patient :

Par courrier Sur un extranet sécurisé

Votre adresse e-mail afin de recevoir vos accès à l'extranet : _____

Nouveau Traitement prescrit : _____

Date de démarrage du nouveau traitement à l'hôpital :

____ / ____ / ____

Traitement antérieur : _____

Je souhaite que les comptes rendus soient également adressés à une personne référente de mon équipe :

Nom _____

Prénom _____

E-mail _____

Fonction _____

*Si vous ne souhaitez pas que l'infirmier.e Patientys suive une donnée ou un élément lié à ce formulaire, rayez la mention.

Vous pouvez joindre à ce consentement un compte rendu de consultation ou tout autre document qui vous semble pertinent dans le cadre du suivi.

Cachet du médecin

Date et signature du médecin prescripteur - OBLIGATOIRE

J'atteste avoir décrit le dispositif d'accompagnement à mon patient qui souhaite en bénéficier

Merci d'envoyer ce formulaire par enveloppe T ou via l'adresse sécurisée suivante monsuivih@jeebop.mssante.fr ou de compléter le formulaire en ligne sur <http://monsuivih.fr>

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Action d'accompagnement à destination des patients sous thérapie antirétrovirale dans le cadre d'un changement de traitement



À compléter par le patient

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Adresse e-mail pour recevoir les liens des auto-questionnaires : _____

Prochain RDV avec le médecin infectiologue : ____ / ____ / ____

N° de téléphone (portable si vous acceptez les sms de rappel) sur lequel l'infirmier.e peut appeler : _____

Je suis joignable de préférence le : Matin Après-midi

J'accepte de recevoir des SMS de rappel avant la prise de mon traitement

Souhaitez-vous informer **votre pharmacien** de votre suivi dans le programme ? Oui Non

Si oui, coordonnées :

Nom/Prénom _____

N° de téléphone _____

Adresse _____

Souhaitez-vous informer **votre médecin traitant** de votre suivi dans le programme ? Oui Non

Si oui, coordonnées :

Nom/Prénom _____

N° de téléphone _____

Adresse _____

En signant ce consentement, j'accepte de bénéficier du dispositif d'accompagnement qui m'a été proposé par mon médecin prescripteur et je consens à la collecte et au traitement de mes données de santé à caractère personnel dans le cadre de l'action d'accompagnement ainsi qu'à leur hébergement auprès d'un hébergeur agréé.

Date et signature du patient - OBLIGATOIRE

À compléter par le médecin infectiologue*

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

N° de téléphone _____

Je souhaite recevoir les comptes-rendus du suivi de mon patient :

Par courrier Sur un extranet sécurisé

Votre adresse e-mail afin de recevoir vos accès à l'extranet : _____

Nouveau Traitement prescrit : _____

Date de démarrage du nouveau traitement à l'hôpital :

____ / ____ / ____

Traitement antérieur : _____

Je souhaite que les comptes rendus soient également adressés à une personne référente de mon équipe :

Nom _____

Prénom _____

E-mail _____

Fonction _____

*Si vous ne souhaitez pas que l'infirmier.e Patientys suive une donnée ou un élément lié à ce formulaire, rayez la mention.

Vous pouvez joindre à ce consentement un compte rendu de consultation ou tout autre document qui vous semble pertinent dans le cadre du suivi.

Cachet du médecin

Date et signature du médecin prescripteur - OBLIGATOIRE

J'atteste avoir décrit le dispositif d'accompagnement à mon patient qui souhaite en bénéficier

Merci d'envoyer ce formulaire par enveloppe T ou via l'adresse sécurisée suivante monsuivih@jeebop.mssante.fr ou de compléter le formulaire en ligne sur <http://monsuivih.fr>



Responsabilités, confidentialité des informations

Vous souhaitez participer au programme d'accompagnement de Mon SuiVIH

La participation au programme Mon SuiVIH est libre et gratuite. Votre médecin reste le seul responsable du traitement de vos données, les infirmier.es Patientys* ne peuvent prendre aucune décision médicale. Tous les entretiens que vous aurez avec les infirmier.es du programme sont strictement confidentiels. Dans le cadre de notre démarche d'amélioration qualité, sauf avis contraire de votre part, vos appels avec les infirmier.es Patientys joignables sur le numéro vert dédié sont susceptibles d'être écoutés. Cette écoute pourra être réalisée exclusivement par l'infirmier.e superviseur formé.e et dédié.e au programme et dans le respect de la confidentialité des données. Les infirmier.es du programme sont soumis au secret professionnel. Vous pouvez à tout moment refuser cette écoute en le signalant à l'infirmier.e.

La Société Française de Lutte contre le SIDA (SFLS)** a constitué un comité scientifique qui a apporté son expertise scientifique pour élaborer le programme Mon SuiVIH, qui est mis en oeuvre par Patientys. La mise en place de ce dispositif est rendue possible par le soutien financier du laboratoire ViiV Healthcare.

Pour Patientys et la SFLS, la protection de votre vie privée est essentielle.

Vous êtes informé(e) qu'au sens de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et du Règlement UE 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données du 27 avril 2016, Patientys est responsable du traitement de vos données dans le cadre du programme d'accompagnement Mon SuiVIH. Vos données d'identification et relatives à votre vie professionnelle sont collectées et traitées afin de gérer votre participation au programme d'accompagnement opéré par Patientys, de satisfaire aux obligations légales de Patientys (notamment au regard de son obligation de transparence des liens d'intérêt) et de vous adresser des communications en lien avec votre activité professionnelle. La base légale de mise en oeuvre du traitement de données à caractère personnel vous concernant est l'intérêt légitime de Patientys (Article 6 1 f du RGPD) à traiter vos données pour gérer votre participation au programme d'accompagnement Mon SuiVIH. Vos données seront également susceptibles de faire l'objet d'analyses et d'études statistiques, dans le respect de votre anonymat, et après mise en oeuvre de l'ensemble des formalités requises auprès de la CNIL lorsqu'elles sont applicables. Vos informations sont strictement destinées : aux patients participants au programme, aux membres du personnel de Patientys, spécifiquement habilités et dans le strict respect de leurs missions ainsi qu'aux personnes habilitées au titre des tiers autorisés (les juridictions concernées, les arbitres, les médiateurs, les ministères concernés,...). Vos données à caractère personnel sont stockées et sont conservées pendant toute la durée de la participation du patient au programme d'accompagnement auprès d'un hébergeur de données de santé certifié Cis Valley. À l'issue de cette période, et sauf opposition de votre part, vos données seront utilisées afin de vous proposer des informations en lien avec votre activité professionnelle et/ou aux services opérés par Patientys. Conformément au Règlement UE 2016/679 du parlement européen, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, vous pouvez à tout moment nous demander l'accès à vos données à caractère personnel, leur rectification, leur effacement, leur portabilité. Vous pouvez aussi limiter ou vous opposer à leur traitement et introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Pour plus d'information ou pour exercer vos droits, vous pouvez nous contacter par courriel Privacy@patientys.com ou par courrier à Patientys, Data Protection Officer – Délégué à la Protection des Données, 31 rue des longs Prés 92100 Boulogne Billancourt.

Pour Patientys et la SFLS, la pharmacovigilance est primordiale.

En tant que médecin, il vous est rappelé votre obligation de déclarer tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou produit mentionnés à l'article L. 5121-1 du Code de la santé publique dont vous avez connaissance.

Tout signalement d'un événement sanitaire indésirable en ce compris les effets indésirables suspectés d'être dû à un médicament ou produit mentionnés à l'article L. 5121-1 peut être fait sur le site « signalement-sante.gouv.fr ».

Conformément aux obligations légales et réglementaire de ViiV Healthcare en tant soutien institutionnel du programme Mon SuiVIH et à sa demande, vous vous engagez également à lui transmettre tous les cas de pharmacovigilance portés à votre connaissance ou aux autorités sanitaires.

Vous êtes également informés et vous acceptez que les infirmier.es de Patientys vous soumettent, lorsque des effets indésirables sont suspectés, pour instruction et sous votre responsabilité exclusive, pour infirmation ou le cas échéant pour approbation, confirmation et validation les données de pharmacovigilance dont elles pourraient avoir connaissance dans le cadre du programme d'accompagnement Mon SuiVIH, avant de les adresser sur vos instructions à ViiV Healthcare en tant soutien institutionnel du programme Mon SuiVIH.

**Patientys est une société dédiée à la relation aux patients. À l'initiative des premiers dispositifs d'accompagnement, coaching ou apprentissage des patients, Patientys a développé une expertise et un savoir-faire unique en France dans le dépistage, la prévention et l'accompagnement des patients : www.patientys.com.*

***SFLS est une association de professionnels de santé qui a pour objet social d'amélioration de la prise en charge de l'infection par le VIH ou les virus des hépatites, aussi bien dans le domaine du soin que de la prévention.*

