

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA NUMÉRISATION ET LE PARTAGE DE DONNÉES PERSONNELLES (RGPD)

Madame, Monsieur,

Ce consentement éclairé est l'accord que vous donnez aux professionnels de santé avec qui vous avez une relation thérapeutique (médecins, infirmiers, psychologues, etc.) pour qu'ils partagent entre eux les informations et données concernant votre état de santé.

En tant que patient, vous êtes en effet amené à consulter différents prestataires ou dispensateurs de soins et à intégrer un parcours ou programme thérapeutique pluridisciplinaire. Les professionnels de santé qui vous soignent peuvent améliorer leur collaboration et coordonner plus efficacement leurs actions s'ils peuvent partager entre eux les informations et données nécessaires, utiles et importantes liées à votre prise en charge. C'est le cas, notamment, des diagnostics posés par d'autres médecins, des résultats de prise de sang, des autres examens neurologiques ou psychologiques, des actes techniques, des médicaments qui vous ont été prescrits par d'autres médecins ainsi que des données relatives à votre suivi en consultation et lors d'une hospitalisation.

Ce partage a lieu dans le cadre exclusif de la continuité et de la qualité des soins qui vous sont nécessaires. Il respecte les règles de protection de toutes les données relatives à votre vie privée. Le réseau électronique de partage de données utilise des outils de communications qui répondent aux critères de sécurité les plus élevés. Des codes d'accès protègent vos données personnelles et seuls les professionnels de Santé avec qui vous avez choisi ou accepté d'avoir une relation de soins peuvent avoir accès à vos données. En vertu de la loi, tous les professionnels ayant eu accès à vos données sont tenus par le secret professionnel et une utilisation non autorisée ou non appropriée de vos données est strictement interdite par la loi. En outre, chaque professionnel de santé ayant accès aux données partagées a signé un engagement de stricte confidentialité.

Après avoir donné votre autorisation, vous pouvez **à tout moment** retirer votre consentement et refuser l'accès de vos données à certains professionnels. Vous pouvez aussi demander aux professionnels de Santé concernés de ne pas partager certaines informations et données. Le médecin du travail, celui de votre mutuelle et celui de votre compagnie d'assurances n'ont pas accès à vos données.

*Je comprends et j'accepte que mes données de santé soient partagées de manière sécurisée entre les professionnels de santé membres du Centre des Addictions d'EPSYLON à Bruxelles ou du RSIB asbl avec qui j'ai choisi ou accepté d'avoir une relation de soins afin qu'ils soient en mesure de collaborer entre eux en vue d'améliorer la précision des diagnostics devant être posés en vue de me soigner le plus efficacement.*

*Je donne mon accord au médecin référent pour accéder à mes données de santé sur la plateforme fédérale eHealth /Abrumed*

Nom et Prénom : _____	Date de naissance : _____
_____	
Numéro d'identification national : _____	Numéro de carte d'identité : _____
_____	_____
Date : _____	Signature : _____

**MÉDECIN HABILITÉ À CONSTATER LE CONSENTEMENT**

Docteur : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Cachet \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Collaborateur RSIB	Fonction	Paraphe du patient

*Ce formulaire de consentement a reçu l'approbation du Conseil de l'Ordre provincial des Médecins de Bruxelles et du Brabant wallon.*

*Coordonnées de contact du délégué à la protection des données récoltées par le Centre des Addictions, auprès de qui les patients et tous tiers intéressés peuvent adresser leurs questions et réclamations éventuelles concernant le traitement de leurs données à caractère personnel par le Centre des Addictions :*

**Docteur Marc Derély, avenue de Tervueren, 79, 1040 Bruxelles.**

Email : [addictions@epsylon.be](mailto:addictions@epsylon.be)

Concernant la plateforme fédérale eHealth, vous pouvez consulter le site web suivant : <https://www.ehealth.fgov.be/ehealthplatform/fr>