

NOM USUEL : _____ NOM DE NAISSANCE : _____
PREMIER PRENOM : _____
SEXE : M F (Entourez la mention correspondante) DATE DE NAISSANCE : __/__/____
LIEU DE NAISSANCE : _____ (Code postal ou Pays de naissance pour personnes nées à l'étranger)

Dans le cadre de ma prise en charge ou de mon suivi :

Refus du dossier patient régional « MesPatients »

Je soussigné(e), refuse que toute information administrative, médicale ou sociale me concernant soit partagée dans mon dossier patient régional MesPatients. Je comprends que, par ce refus, les professionnels de santé, du médico-social ou du social intervenant ou qui pourraient à l'avenir intervenir dans ma prise en charge ne seront donc pas en mesure d'accéder à mon dossier régional.

Date : _____ Signature : _____

Refus d'alimentation de « Mon Espace Santé »

Je soussigné(e), refuse que les informations et documents produits dans le cadre de ma prise en charge au Centre Léon Bérard soient ajoutés dans Mon Espace Santé, après avoir réfléchi aux conséquences éventuelles.

Dans ce cas je dois en préciser la raison : _____

Date : _____ Signature : _____

Refus de consultation de « Mon Espace Santé »

Je soussigné(e), refuse que les professionnels de santé, du médico-social ou du social intervenant dans ma prise en charge au Centre Léon Bérard consultent mes données dans Mon Espace Santé, après avoir réfléchi aux conséquences éventuelles.

Date : _____ Signature : _____

Refus de communication des données relatives à ma santé à mes ayant-droit

Je soussigné(e), refuse que les données relatives à ma santé et contenues dans mon entier dossier médical au Centre Léon Bérard soient transmises à mes ayants-droit après mon décès. Vous souhaitez préciser votre refus : _____

Date : _____ Signature : _____

Dans le cadre de la recherche en cancérologie :

Refus d'utilisation de mes données et mes prélèvements biologiques pour la recherche

Je soussigné(e), refuse que les données collectées et générées lors de ma prise en charge ou de mon suivi ainsi que les échantillons biologiques prélevés dans ce même cadre puissent être utilisées pour la recherche, bien que chaque recherche respecte le cadre juridique applicable et garantit la protection de mes données.

Date : _____ Signature : _____

Dans le cadre de ma prise en charge comme de la recherche en cancérologie :

Refus que me soit communiqué ainsi qu'aux membres de ma famille, la découverte de gènes altérés

Je soussigné(e), refuse que la découverte de gènes altérés, qui pourrait être révélés lors de ma prise en charge ou d'une recherche impliquant l'analyse des caractéristiques génétiques de ma tumeur, soit portée à ma connaissance ou aux membres de ma famille, bien que cela permettrait de bénéficier de mesures de prévention ou de soins.

Date : _____ Signature : _____

Dans toutes ces situations, je comprends que je pourrai à tout moment revenir sur ma décision.

Ce document, **accompagné d'une copie de la carte d'identité du patient**, doit être envoyé au directeur général du Centre Léon Bérard à l'adresse 28 rue Laennec 69 373 Lyon Cedex 08