

Déclaration de consentement du patient à l'adhésion à « Mon Dossier Santé » (Dossier Électronique du Patient, DEP)

Possédez-vous déjà un DEP ? Oui¹ Non Je ne sais pas¹

1. Coordonnées du/de la patient(e)²

Nom * : _____ Prénom * : _____

Date de naissance * : _____ Sexe * : M F

Rue / N° * : _____

NPA / localité * : _____

E-mail * : _____ Tél. * : _____

N° AVS³ * : _____

2. Récapitulatif des informations importantes relatives au DEP

Je confirme avoir reçu, lu, compris et accepté le document « Informations aux patients utilisant Mon Dossier Santé ». J'ai bien compris le but et le fonctionnement du DEP (Dossier Électronique du Patient), le type de données relatives à ma santé pouvant y être enregistrées, les droits d'accès à ces dernières, ainsi que mes droits.

En particulier, je suis informé(e) des possibilités suivantes à ma disposition :

- Attribuer des niveaux de confidentialité à mes informations médicales
- Octroyer des droits d'accès à des professionnels de la santé
- Désigner un représentant chargé de gérer mon DEP
- Demander à des professionnels de la santé de ne pas faire figurer certains documents dans mon DEP

¹ Merci de remplir l'annexe 1 à la fin de ce document

² Les champs marqués d'un astérisque (*) sont obligatoires

³ Cf. <https://www.ch.ch/fr/avs/>

- Révoquer en tout temps mon consentement à l'ouverture du DEP sans motiver ma décision, avec l'assurance que toutes les données qui y figurent seront effacées

Je suis informé(e) que je ne peux posséder qu'un seul DEP à la fois.

Je suis informé(e) que les fournisseurs DEP peuvent avoir recours à des tiers pour accomplir leurs tâches, en particulier celles liées à l'utilisation des infrastructures et des applications informatiques.

Je suis informé(e) que les données personnelles contenues dans ce document sont collectées uniquement afin de pouvoir adhérer à la CR DEP NE dans les meilleures conditions. Ces données sont strictement limitées à l'usage de la CR DEP NE et stockées dans un fichier protégé. Cependant, mes nom, prénom, date de naissance et sexe sont accessibles aux professionnels de la santé même s'ils n'ont pas accès à mon DEP, afin de permettre le dépôt de données médicales dans le bon DEP. Un professionnel que j'ai autorisé ou accédant en mode d'urgence à mon DEP aura également accès à mes données médicales.

Je suis informé(e) que pour pouvoir me connecter à mon DEP, je dois disposer d'un moyen d'identification électronique (e-ID) certifié compatible avec « Mon Dossier Santé »⁴. Cette e-ID est obligatoirement utilisée pour accéder à « Mon Dossier Santé ».

Je suis informé(e) que, sauf indication contraire de ma part :

- Les professionnels de la santé qui me suivent transfèrent les données relatives à mon traitement dans mon DEP ; elles sont ainsi accessibles en ligne aux professionnels de la santé possédant les droits d'accès requis
- Le niveau de confidentialité « normal » est automatiquement attribué aux nouvelles données enregistrées dans mon DEP
- Les droits d'accès que j'ai attribués s'appliquent par défaut pour une durée indéterminée, à l'exception des groupes de professionnels de la santé
- En cas d'urgence médicale, les professionnels de la santé peuvent accéder à mes données classées au niveau de confidentialité « normal », même sans avoir reçu de droit d'accès, pour autant que je n'ai pas désactivé cette option
- Les personnes qui intègrent un groupe de professionnels de la santé reçoivent automatiquement les droits d'accès que j'ai accordés à ce groupe

⁴ Cf. www.mondossiersante.ch/particuliers/questions-frequentes, rubrique « Moyen d'identification électronique (MIE) »

Conformément à la loi fédérale sur la protection des données, je dispose d'un droit étendu d'information, de rectification et de suppression des données.

J'attribue des droits d'accès initiaux pour une durée indéterminée aux personnes suivantes. Les droits d'accès octroyés à un groupe doivent obligatoirement être limités dans le temps. Par défaut, les droits d'accès ainsi octroyés permettent d'accéder aux informations possédant un niveau de confidentialité « normal ». Je pourrai modifier ces droits une fois mon identité électronique certifiée obtenue (cocher toutes les cases pertinentes) :

Médecin traitant :

Autres professionnels :

Dans le cas où j'octroie des droits d'accès à mon médecin traitant :

• J'accepte qu'il puisse déléguer ses propres droits d'accès à d'autres professionnels de la santé :

Oui

Non

• J'accepte qu'il accède au(x) niveau(x) de confidentialité suivant(s) :

Normal

OU

Normal + Restreint

Accès (à cocher)	Nom (à préciser si besoin)	Durée (en années, à cocher)			
		5	10	50	100
<input type="checkbox"/>	RHNe - Réseau Hospitalier Neuchâtelois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	CNP - Centre Neuchâtelois de Psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Groupe Volta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Pharmacie : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	EMS : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Organisation de soins à domicile : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Autre institution : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veuillez noter qu'un prestataire de soins que vous désignez ici peut ne pas encore être membre de Mon Dossier Santé et, de ce fait, ne pas pouvoir accéder à votre dossier.

Je souhaite que mon Dossier Santé soit en :

Français Allemand Italien Anglais

3. Signature

Par ma signature, je confirme être dûment renseigné quant aux modalités liées à « Mon Dossier Santé » et donne expressément mon consentement à l'ouverture d'un DEP, confirmant ainsi bénéficié de l'autorité nécessaire pour ce faire, conformément au document « Détermination de la personne habilitée à ouvrir un DEP ».

Lieu, date * : _____

Signature du patient ⁵ : _____

Veillez également joindre au présent consentement la copie couleur recto/verso de votre carte d'identité nationale en cours de validité OU la copie couleur de votre passeport en cours de validité (pages des données personnelles + signature).

Sans cela, nous ne serons pas en mesure d'ouvrir votre dossier santé.

En cas de consentement par correspondance, merci de renvoyer cette déclaration dûment signée de manière manuscrite, **par courrier uniquement**, à l'adresse suivante :

Mon Dossier Santé

C/o Service de la santé publique
Rue des Beaux-Arts 13
2000 Neuchâtel

Annexes :

- *Changement de communauté de référence (Annexe 1 en fin de ce document)*
- *Procuration de gestion du DEP par un représentant (facultatif)⁶*

⁵ Ce champ est obligatoire lorsque le patient possède la capacité de discernement. En cas de représentation légale, le point 4 est à remplir obligatoirement.

⁶ Les documents relatifs à la représentation sont disponibles à l'adresse www.mondossiersante.ch/particuliers/documents

4. Représentation légale (facultatif)

En cas de représentation par un/deux représentant(s) légal/aux, les informations suivantes doivent également être renseignées.

Représentant légal 1⁷ :

Nom * : _____ Prénom * : _____

Rue / N° * : _____ NPA / localité * : _____

Courriel * : _____ Tél. * : _____

Date de naissance * : _____ Sexe * : M F

N° AVS * : _____

Lieu, date * : _____

Signature du représentant légal 1 * : _____

Veillez également joindre au présent consentement :

- Preuve de la relation de représentation du patient (copie du livret de famille, d'ordonnance de curatelle, etc.)
- Copie recto/verso de votre carte d'identité nationale en cours de validité ou la copie de votre passeport en cours de validité (pages des données personnelles + signature)

⁷ Les champs marqués d'un astérisque sont obligatoires.

Représentant légal 2 (facultatif) :

Nom * : _____ Prénom * : _____

Rue / N° * : _____ NPA / localité * : _____

Courriel * : _____ Tél. * : _____

Date de naissance * : _____ Sexe * : M F

N° AVS * : _____

Lieu, date * : _____

Signature du représentant légal 2 * : _____

Veuillez également joindre au présent consentement :

- Preuve de la relation de représentation du patient (copie du livret de famille, d'ordonnance de curatelle, etc.)
- Copie recto/verso de votre carte d'identité nationale en cours de validité ou la copie de votre passeport en cours de validité (pages des données personnelles + signature)