



CONSENTEMENT DU PATIENT

Nom, Prénom du patient :

Date et Lieu de naissance du patient :

Adresse du patient :

Tél fixe du patient : Portable :

Mail du patient :

Nom du représentant légal (s'il y a lieu) :

Tél du représentant légal : Portable :

Mail du représentant :

- **J'accepte d'intégrer Odyssee en signant le présent formulaire et ainsi bénéficier des services fournis par Odyssee.**
- J'ai bien noté que ma participation à Odyssee m'accorde des avantages et des droits particuliers présentés dans la charte et le dossier de liaison à domicile qui m'ont été remis.
- Je déclare que l'équipe d'appui à la coordination d'Odyssee a bien répondu à mes demandes d'informations complémentaires et souscris [moi-même ou au nom de¹] aux principes d'Odyssee.
- Je conserve le libre choix de mon médecin traitant, de mes infirmier(e)s, de mon pharmacien, ainsi que des autres professionnels de santé libéraux qui pourraient avoir à intervenir à mon domicile.
- Il sera mis à disposition des professionnels de santé un dossier de liaison qui reste ma propriété.
- J'autorise mon médecin traitant, les membres de l'équipe d'appui à la coordination d'Odyssee, à prendre connaissance de mon dossier de liaison à domicile et à procéder à la saisie informatique des données me concernant, qui pourront être consultées par des professionnels sélectionnés par Odyssee. L'accès à ces données sera protégé par cryptage.
- J'autorise la création de mon dossier Terr-esanté afin de partager et de stocker les données relatives à ma prise en charge suite à l'information que j'ai reçue.
- J'autorise que des données antérieures telles que les résultats de laboratoire informatisés, des comptes rendus d'hospitalisation (listes non exhaustives) soient utilisées pour enrichir mon dossier Terr-esanté dans l'objectif d'améliorer la coordination de ma prise en charge.
- En cas d'Urgence Médicale ou de risque immédiat pour ma santé, j'autorise tout professionnel de santé à accéder, sur un périmètre et un temps limités, à mon dossier Terr-esanté (le cas échéant, je recevrai une notification par e-mail).
- J'autorise également l'utilisation à des fins statistiques ou épidémiologiques des informations me concernant, qui auront au préalable été rendues anonymes conformément aux dispositions de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)
- J'autorise l'échange et le partage d'informations me concernant entre professionnels selon le décret (cf. Décret n°2016-994 du 20 juillet 2016).
- Je dispose d'un droit permanent d'accès aux informations contenues dans mon dossier.
- Je reste parfaitement libre de me retirer d'Odyssee à tout moment.

Fait à, le

Signature du patient²

¹ Rayer la mention inutile

² Ou à défaut, du représentant légal prévu à l'article L.1111-6 du Code de la Santé Publique CSP désigné par le patient ou du tuteur s'il existe.