



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Exemplaire à envoyer à Patientys

À compléter par la patiente

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

Avez-vous déjà des enfants ? Oui Non

Date du prochain rendez-vous avec votre médecin : ___ / ___ / ___

- En cochant cette case, j'accepte de bénéficier du dispositif d'accompagnement qui m'a été proposé par mon médecin prescripteur (OBLIGATOIRE).
- En cochant cette case, 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 de données de santé (OBLIGATOIRE).

Date et signature de la patiente - OBLIGATOIRE

À compléter par le médecin

Nom : Prénom :

Adresse postale :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

Je souhaite recevoir les comptes rendus de suivi par :

Courrier et/ou via la plateforme web

Je ne souhaite pas recevoir les comptes rendus

Traitement prescrit pour la stimulation ovarienne :
.....

Traitements antérieurs (si applicable) :

1).....

2).....

3).....

Date prévue pour la première injection

de gonadotrophine : ___ / ___ / ___

Initiation de traitement ? Oui Non

Je souhaite qu'une personne de mon équipe ait accès aux données de suivi de mes patients sur la plateforme web sécurisée : Oui Non

Nom : Prénom :

Fonction : Adresse mail :

J'atteste avoir décrit l'action d'accompagnement à ma patiente qui souhaite en bénéficier.

Date et signature du médecin - OBLIGATOIRE

Cachet du médecin

Merci d'envoyer ce formulaire par fax au 01 78 41 93 86 ou par courrier via l'enveloppe T fournie

0 805 691 448

Service & appel gratuits

DISPONIBLE 7J/7 DE 9H À 22H

* Support fertilité



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

À compléter par la patiente

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

Avez-vous déjà des enfants ? Oui Non

Date du prochain rendez-vous avec votre médecin : ___ / ___ / ___

Exemplaire à conserver par le médecin

- En cochant cette case, j'accepte de bénéficier du dispositif d'accompagnement qui m'a été proposé par mon médecin prescripteur (OBLIGATOIRE).
- En cochant cette case, 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 de données de santé (OBLIGATOIRE).

Date et signature de la patiente - OBLIGATOIRE

À compléter par le médecin

Nom : Prénom :

Adresse postale :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

Je souhaite recevoir les comptes rendus de suivi par :

Courrier et/ou via la plateforme web

Je ne souhaite pas recevoir les comptes rendus

Traitement prescrit pour la stimulation ovarienne :
.....

Traitements antérieurs (si applicable) :

1).....

2).....

3).....

Date prévue pour la première injection de gonadotrophine : ___ / ___ / ___

Initiation de traitement ? Oui Non

Je souhaite qu'une personne de mon équipe ait accès aux données de suivi de mes patients sur la plateforme web sécurisée : Oui Non

Nom : Prénom :

Fonction : Adresse mail :

J'atteste avoir décrit l'action d'accompagnement à ma patiente qui souhaite en bénéficier.

Date et signature du médecin - OBLIGATOIRE

Cachet du médecin

Merci d'envoyer ce formulaire par fax au 01 78 41 93 86 ou par courrier via l'enveloppe T fournie

0 805 691 448

Service & appel gratuits

DISPONIBLE 7J/7 DE 9H À 22H

* Support fertilité



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Exemplaire à conserver par la patiente

À compléter par la patiente

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

Avez-vous déjà des enfants ? Oui Non

Date du prochain rendez-vous avec votre médecin : ___ / ___ / ___

- En cochant cette case, j'accepte de bénéficier du dispositif d'accompagnement qui m'a été proposé par mon médecin prescripteur (OBLIGATOIRE).
- En cochant cette case, 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 de données de santé (OBLIGATOIRE).

Date et signature de la patiente - OBLIGATOIRE

À compléter par le médecin

Nom : Prénom :

Adresse postale :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

Je souhaite recevoir les comptes rendus de suivi par :

Courrier et/ou via la plateforme web

Je ne souhaite pas recevoir les comptes rendus

Traitement prescrit pour la stimulation ovarienne :
.....

Traitements antérieurs (si applicable) :

1).....

2).....

3).....

Date prévue pour la première injection

de gonadotrophine : ___ / ___ / ___

Initiation de traitement ? Oui Non

Je souhaite qu'une personne de mon équipe ait accès aux données de suivi de mes patients sur la plateforme web sécurisée : Oui Non

Nom : Prénom :

Fonction : Adresse mail :

J'atteste avoir décrit l'action d'accompagnement à ma patiente qui souhaite en bénéficier.

Date et signature du médecin - OBLIGATOIRE

Cachet du médecin

Merci d'envoyer ce formulaire par fax au 01 78 41 93 86 ou par courrier via l'enveloppe T fournie

0 805 691 448

Service & appel
gratuits

DISPONIBLE 7J/7 DE 9H À 22H

* Support fertilité

À l'initiative
de

BAMP
COLLECTIF

Mis en
place par

Patientys
by Webhelp

Avec le soutien
institutionnel de

FERRING
PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Responsabilités, confidentialité des informations

Vous souhaitez participer à l'action d'accompagnement fertility support.

La participation est libre et gratuite. Le médecin reste le seul responsable de votre traitement, les infirmiers/infirmières de l'action d'accompagnement ne peuvent prendre aucune décision médicale. Tous les entretiens que vous aurez avec les infirmiers/infirmières de l'action d'accompagnement sont strictement confidentiels. Dans le cadre de notre démarche d'amélioration qualité, sauf avis contraire de votre part, vos appels avec les infirmiers/infirmières Patientys* joignables sur le numéro vert dédié sont susceptibles d'être enregistrés et écoutés par d'autres employés de Patientys uniquement.

fertility support à l'initiative de Collectif BAMP** est soutenu institutionnellement par le Laboratoire FERRING et mis en œuvre par Patientys situé au 32 rue Pierre Grenier 92100 Boulogne-Billancourt, qui agit comme Tiers de confiance.

Pour Patientys et Collectif BAMP, 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 («RGPD»), Patientys et Collectif BAMP sont co-responsables du traitement de vos données dans le cadre de l'action d'accompagnement fertility support.

Vos données à caractère personnel – vos données d'identification et vos données de santé – sont collectées et traitées dans le cadre de votre participation à l'action d'accompagnement opérée par Patientys et afin de vous en faire bénéficier et permettre aux professionnels de santé de Patientys d'assurer la meilleure prise en charge possible, sur le fondement de votre consentement explicite. La fourniture de ces données personnelles est nécessaire à la bonne exécution de l'action d'accompagnement à laquelle vous vous êtes inscrit(e) et leur non-fourniture pourrait entraîner une incapacité à ce que cette action d'accompagnement soit mise en œuvre de manière efficace.

La base légale de mise en œuvre du traitement de données à caractère personnel vous concernant est votre consentement exprès (Article 9 2 h du RGPD) au traitement de vos données de santé dans le cadre de votre participation à l'action d'accompagnement fertility support.

Vous êtes également informé(e) que vos données peuvent faire l'objet d'un traitement afin de permettre la conduite d'études ou d'évaluation en santé dans le respect de la réglementation applicable, sauf opposition de votre part. Dans de tels cas, vous serez informé(e) individuellement et spécifiquement au préalable des finalités de l'étude ou de l'évaluation concernée et vous serez ainsi en mesure d'exercer en temps utiles votre droit d'opposition, si tel est votre souhait.

Vos données seront également susceptibles de faire l'objet d'analyses et d'études statistiques, dans le respect de votre anonymat.

Pour assurer la sécurité de vos données, nous nous engageons à ne les conserver que pour une durée strictement nécessaire à l'action d'accompagnement et pendant toute la durée de votre participation. Vos données sont hébergées par un hébergeur de données dont les serveurs sont en UE, certifié par le ministère de la santé pour l'hébergement de données de santé à caractère personnel, CIS Valley.

Dans le respect des règles relatives au secret médical, à l'échange et au partage des données de santé couvertes, les informations vous concernant sont strictement destinées à votre usage personnel ; aux membres du personnel de Patientys, spécifiquement habilités et dans le strict respect de leurs missions ; aux professionnels de santé de Patientys ; à votre médecin prescripteur ; aux administrateurs strictement habilités de l'hébergeur de données de santé, au sens de l'article L.1111-8 du Code de la santé publique, dans la limite de leurs attributions respectives ; aux personnes habilitées au titre des tiers autorisés (les juridictions concernées, les arbitres, les médiateurs, les ministères concernés...).

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. Vous pouvez également retirer à tout moment votre consentement, dans ce cas, vous ne pourrez plus bénéficier des services et informations accessibles dans le cadre de l'action d'accompagnement. Sachez que le retrait de votre consentement ne portera pas atteinte à la licéité du traitement de vos données effectué avant le retrait de votre consentement et ne remettra pas en cause votre prise en charge habituelle.

Pour plus d'informations ou pour exercer vos droits, vous pouvez nous contacter par mail à privacy@patientys.com ou par courrier à Patientys Data Protection Officer – Délégué à la protection des données, 32 rue Pierre Grenier 92100 Boulogne-Billancourt.

Pour Patientys et Collectif BAMP, la pharmacovigilance est primordiale.

Conformément au décret n° 2011-655 du 10 juin 2011 relatif aux modalités de signalement par les patients ou les associations agréées de patients d'effets indésirables susceptibles d'être liés aux médicaments et produits mentionnés à l'article L. 5121-1 du Code de la santé publique, vous concurrez, en tant que patient, à l'exercice de la pharmacovigilance.

À ce titre, vous avez la possibilité, lorsque vous constatez un effet indésirable dû à un médicament qui vous a été prescrit, d'adresser un signalement aux autorités sanitaires sur le site « signalement-sante.gouv.fr ».

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

** Collectif BAMP est une association qui repose sur un projet sociétal et humain dont le but est de témoigner, informer et agir en vue de changer la prise en charge de l'infertilité en France.