

Annexe 06

Consentement éclairé du patient - Soins de proximité en oncologie - ResOnco



Réf. : FO-5496

Version : 1

Processus : 3.2.03.05 Oncologie - Prise en charge médicale

Soucieux de vous offrir, en tant que patient soigné en oncologie, des soins plus confortables qui tiennent mieux compte de votre organisation et qui diminuent vos déplacements, le service d'oncologie vous propose d'être pris en charge en collaboration avec les partenaires professionnels de votre réseau de soins au sein du Valais romand. Cette organisation de soins de proximité en oncologie – ResOnco– a été soutenue par la fondation Fond'Action.

Si vous le désirez, une partie des contrôles de laboratoire, certains traitements et soins pourront être délégués à des professionnels proches de votre domicile (votre médecin traitant ou aux infirmières des CMS ou indépendantes) afin de favoriser votre confort en diminuant les trajets vers l'hôpital.

Il ne s'agit pas de nouveau traitement ou de nouvelle manière d'administrer votre traitement.

Afin de permettre à chacun des professionnels, que vous allez rencontrer dans le cadre de vos soins et de votre traitement, de s'occuper de vous en connaissance de cause, nous vous demandons l'autorisation de transmettre les informations médicales utiles et pertinentes à votre prise en charge au sein du réseau aux divers soignants concernés.

1. J'atteste que le Dr m'a expliqué le but de ce réseau de soins de proximité - ResOnco - .
J'ai eu la possibilité de poser mes questions et une réponse à toutes mes questions m'a été donnée.
2. Je sais que je peux à tout moment décider d'annuler mon consentement « au partage des informations médicales entre les soignants du réseau qui me prennent en charge ».
3. Je soussigné-e : Nom et Prénom du patient
déclare accepter de participer au réseau de soins de proximité - ResOnco.

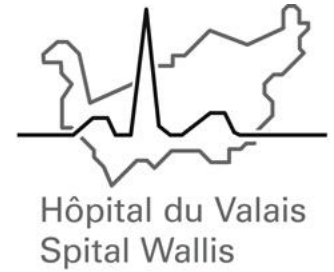
Je consens au partage d'informations médicales entre les soignants du réseau qui me prennent en charge.

Je ne consens pas au partage d'informations médicales entre les soignants du réseau qui me prennent en charge.

4. Remarques du patient :

.....

Annexe 06
Consentement éclairé du patient -
Soins de proximité en oncologie -
ResOnco



Réf. : FO-5496

Version : 1

Processus : 3.2.03.05 Oncologie - Prise en charge médicale

5. Remarques du médecin :

.....
.....
.....
.....

Signature du patient : Date et lieu :

Signature du représentant légal ou thérapeutique* :

Nom et prénom du représentant :

*** La signature du patient doit être obtenue**

6. Je soussigné-e, Dr (Nom, Prénom), certifie que j'ai expliqué la nature, le but, les bénéfices de la participation du patient au réseau de soins de proximité - ResOnco

7. Je certifie également avoir offert au patient la possibilité de poser toutes les questions qu'il souhaite et que j'ai pleinement répondu à ces dernières. Je crois que le patient/représentant a bien compris ce que j'ai expliqué.

Signature du médecin : Date :

CE DOCUMENT FAIT PARTIE INTEGRANTE DU DOSSIER MEDICAL PATIENT

Copie :

- au patient
- au médecin-traitant
- à l'oncologue
- à l'infirmière coordinatrice ResOnco