



# DOCUMENT D'INFORMATION AUX PATIENTS

## Article D.766-1-3 du Code de la Santé Publique

### **PRESENTATION DU RESEAU ONCOLEMAN**

- Le réseau Oncoléma regroupe des professionnels du secteur médico-psycho social exerçant en établissements de santé, en cabinet de ville ou en associations implantées dans les bassins sanitaires 12 et 13 de la région Rhône-Alpes.
- Le réseau Oncoléma est géré par une association loi 1901 et financé par l'ARH (Agence Régionale d'Hospitalisation) et l'URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie).
- Les services proposés aux patients par le réseau Oncoléma sont gratuits.

### **L'OFFRE DE SERVICE DU RESEAU ONCOLEMAN**

Le réseau Oncoléma propose :

- une prise en charge globale médico-psycho-socio-environnementale de qualité à tous les patients adultes atteints de cancer pris en charge et /ou résidents dans les bassins sanitaires 12 et 13 de la région Rhône-Alpes pendant toutes les phases de la maladie.
- une prise en charge pluridisciplinaire coordonnée et concertée, aussi bien en établissement de santé qu'au domicile des patients.
- des réponses adaptées aux besoins des patients et de leur entourage (information, prise en charge psychologique, sociale, diététique, environnementale...)

### **CONSENTEMENT ET INTEGRATION AU RESEAU**

- Le patient est informé par un professionnel ou un établissement de santé du fonctionnement et des modalités d'accès au réseau.
- Le patient est libre d'accepter ou non de bénéficier des prestations du réseau Oncoléma sans que sa décision soit préjudiciable à sa santé ni à sa prise en charge.
- Le patient qui souhaite être pris en charge dans le cadre du réseau Oncoléma signe le présent document en témoignage de son consentement libre et éclairé.
- Votre médecin traitant doit adhérer au réseau Oncoléma. S'il n'est pas encore adhérent, le réseau se charge de le contacter.
- Le patient est libre de quitter le réseau à tout moment. Pour ce, il en informe le réseau par courrier, par téléphone ou par mail.

### **DOSSIER MEDICAL INFORMATISE SECURISE**

- Le patient est informé que la signature du présent document entraîne la saisie des données médico-sociales le concernant dans un dossier médical informatisé sécurisé géré par le réseau Oncoléma.
- Le patient est informé de ce que les données contenues dans le dossier médical informatisé sécurisé le concernant peuvent être utilisées de façon anonymisée dans le cadre d'études dont les résultats peuvent faire l'objet de publication.
- Le patient est informé que ce dossier médical informatisé sécurisé sera accessible à l'ensemble des professionnels qui assurent sa prise en charge (dans la mesure des accès qui lui sont autorisés par le réseau) afin que la communication entre ces professionnels permette une prise en charge coordonnée de qualité.
- Le patient signataire du présent document peut refuser que son dossier médical informatisé sécurisé soit accessible à tout ou partie des professionnels de santé le prenant en charge. Pour ce, il communiquera au réseau la liste des professionnels qu'il ne souhaite pas voir accéder à son dossier.
- Le patient peut accéder aux informations contenues dans son dossier médical informatisé sécurisé géré par le réseau en s'adressant au médecin le prenant en charge au sein du réseau.

### **RESPECT DU SECRET MEDICAL ET DE LA VIE PRIVEE**

- Le réseau s'engage à respecter la vie privée de tout patient et à assurer le partage sécurisé des informations médicales, sociales et personnelles le concernant, dans le cadre du secret partagé.
- Conformément à la loi « Informatique et liberté », le patient a un droit d'accès et de rectification des informations le concernant auprès des responsables du réseau.

### **CONTACT AVEC LE RESEAU ONCOLEMAN**

Vous pouvez nous joindre du lundi au vendredi de 9H00 à 12H30 et de 13H30 à 17H00

En dehors de ces horaires vous pouvez nous laisser un message.

Réseau Oncoléma - Résidence « Le Nemours » - 17 rue de l'Hôtel Dieu 74200 THONON LES BAINS

Tél : 04 80 80 62 26 Fax : 04 80 80 62 27E-mail : [reseau@oncoleman.net](mailto:reseau@oncoleman.net)

---

### ***DOCUMENT D'ADHESION DU PATIENT AU RESEAU ONCOLEMAN***

Je soussigné(e) : ..... né(e) le : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... e-mail : .....

- Déclare avoir été informé(e) du fonctionnement du réseau
- Déclare avoir pris connaissance du « Document d'Information aux patients »
- Déclare souhaiter être pris(e) en charge dans le cadre du Réseau Oncoléma

Nom et coordonnées de mon médecin oncologue : .....

Nom et coordonnées de mon médecin généraliste : .....

Date : / /

Signature du patient (ou à défaut de la personne de confiance)