



Fiche d'identification et de consentements pour l'admission du Patient

L'identification du patient et les consentements sont primordiaux pour assurer des soins en toute sécurité, pour le patient lui-même et pour les autres patients.

Nous vous invitons à compléter cette fiche, et à nous présenter une **pièce d'identité originale avec photographie** parmi : passeport, carte nationale d'identité ou carte de séjour. Pour les enfants, à minima le livret de famille et la pièce d'identité de l'un des parents. Ces documents sont numérisés et conservés jusqu'à 5 ans après la dernière venue conformément à l'avis rendu par la CNIL dans le cadre de l'identification en santé. L'ensemble nous permettra de rattacher votre dossier hospitalier à votre INS : Identité Nationale de Santé. Cette identification complète INS permet aux équipes de l'établissement d'alimenter et de consulter, dans le cadre de la prise en charge uniquement, votre DMP : Dossier Médical Personnel.

Le service Mon Espace Santé regroupe votre DMP et la Messagerie Sécurisée Citoyenne pour faciliter la prise en charge dans un parcours de soins coordonné entre les différents professionnels et établissement de santé et vous-même.

Merci de compléter de manière lisible les informations qui vont nous permettre de retrouver ou créer votre dossier patient :

Identité Patient – Patient identity – Identidad del paciente – Patientenidentität – Identità del paziente

ZONE Ia	Nom de naissance (patronyme) Surname - Apellido - Name - Cognome			
	Nom utilisé (Marital, veuf...) Use name - Nombre de usuario - Verwendung Name - Nome uso			
	Prénom(s) de naissance Givenname(s) - Nombre(s) - Vornamen - Nome	Liste des prénoms dans l'ordre d'état civil séparés par une virgule		
	Prénom utilisé			
	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) Date of birth - Fecha de nacimiento - Geburtstag - Data di nascita (DD/MM/YYYY)		Sexe Sex - Sexo - Geschlecht - Sesso	☐ Masculin Male - Masculino - Männlich - Mascolino ☐ Féminin Female - Femenino - Weiblich - Femminile
ZONE Ib	Lieu de naissance Place of birth - Lugar de nacimiento - Geburtsort - Luogo di nascita	Ville - City - Ciudad - Stadt - Città	Département	Pays - Country - País - Land - Paese
	Numéro Assurance Maladie de l'avant-droit			
	Adresse de résidence permanente Residence - Dirección - Ständiger Wohnsitz - Indirizzo domiciliato	n° rue street # - n° calle - n° straße - n° via code postal zip code - código postal - postleitzahl - codice postale ville town - ciudad - stadt - città pays Country - País - Land - Paese		
	Adresse de résidence actuelle Temporary address - Residencia actual - Aktuelle Residenz - Residenza attuale	n° rue street # - n° calle - n° straße - n° via code postal zip code - código postal - postleitzahl - codice postale ville town - ciudad - stadt - città pays Country - País - Land - Paese		
	Téléphone Mobile¹ CellPhone - Telefono - Telefon - Telefono	+()	Fixe Phone number - Telefono - Telefon - Telefono	+()
	Email²			
	Médecin traitant déclaré	☐ Non ☐ Oui nom ville		

Je suis informé(e) que toute fausse déclaration d'identité, ou usurpation d'identité représente un risque majeur pour ma propre santé ainsi que celle de la personne usurpée, pouvant aller jusqu'au décès. De plus, celle-ci est réprimée par la loi par des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à 5 ans d'emprisonnement et 300.000 euros d'amende.

Compléter les consentements sur la page suivante ➔

Cadre réservé à l'hôpital (à compléter avant numérisation)			
Pièce d'identité Originale Vue (OV) numérisée	☐ Oui	☐ Non	☐ Incapacité d'écrire
Patient présent	☐ Oui alors Valider l'Identité	☐ Non Récupérer l'Identité	☐ Refus de remplir
Date :	Matricule agent :		

¹ Votre numéro de téléphone mobile sera utilisé, en fonction de votre consentement, uniquement à fin d'envoi de rappels de rendez-vous adressés uniquement par le CH de Perpignan

² Votre adresse de courrier électronique sera utilisée, en fonction de vos consentements, pour l'enquête nationale de satisfaction, ou pour information de l'utilisation de vos échantillons





Consentements Patient

Les établissements de santé sont soumis à des règles de protection des données renforcées. Nous devons obtenir de la part des usagers, leurs divers consentements quant à la conservation, au traitement et à l'utilisation de données de santé et d'échantillons de produits biologiques.

Ces consentements visent à permettre :

- la bonne prise en charge par l'aide à l'organisation (envoi de SMS de rappel des rendez-vous), à l'échange de données nominatives avec d'autres structures participant à la prise en charge directement (le patient est présent, par exemple en radiothérapie) ou indirectement (le patient n'est pas présent, par exemple auprès de l'EFS Établissement Français du Sang pour la fourniture de sang compatible), ou évaluant cette prise en charge, sans fin commerciale (par exemple, l'enquête nationale eSATIS de satisfaction des usagers des établissements de santé par l'ATIH Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation) ;
- l'amélioration des connaissances, ou l'évaluation de nouvelles techniques ou thérapeutiques par la conservation et la transmission à titre gratuit ou onéreux d'échantillons biologiques anonymes.

Merci de cocher vos choix, puis de dater et signer ci-dessous :

Patient consent - Consentimiento del paciente - Zustimmung des Patienten - Consenso del paziente

ZONE II

→ Consentement au traitement de données à caractère personnel, RGPD (Règlement général de Protection des Données) Règlement UE 2016/679 du 27/04/2016 entrée en vigueur en France le 25/05/2018.

- ▶ ☐ Je consens ☐ Je refuse

→ Consentement à la transmission par voie électronique

- ▶ ☐ J'accepte de recevoir des rappels de rendez-vous par voie électronique (SMS) ☐ Je refuse

- ▶ ☐ J'accepte de recevoir des enquêtes de satisfaction par voie électronique (courriel) ☐ Je refuse

→ Consentement au partage d'informations entre professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins

Je suis informé(e) que mes données peuvent faire l'objet d'un partage entre professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins au sens du décret n°2016-996 du 20 juillet 2016, par exemple avec l'Établissement Français du Sang, j'en serai dûment informé(e) à chaque fois que l'équipe de soins y aura recours.

- ▶ ☐ Je consens ☐ Je refuse que mes données médicales nominatives puissent faire l'objet d'un partage d'informations entre professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins conformément au Décret n°2016-1349 du 10 octobre 2016.

→ Information sur le recueil et l'utilisation des échantillons biologiques et des données de santé

Conformément à l' Art. L1211-2 du Code de la Santé Publique, vos données médicales ainsi que les résidus de vos échantillons biologiques prélevés à l'occasion de votre prise en charge (ou celle de votre enfant) pourront être utilisés à des fins de constitution de collections biologiques.

Ils pourront être utilisés dans le cadre de recherches, d'études, ou d'évaluations techniques dans le domaine de la santé afin de contribuer au progrès scientifique et à améliorer la qualité des prises en charge médicales. Ils seront associés à certaines données médicales nécessaires et non nominatives.

Cette activité est encadrée par la réglementation française et autorisée par le Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation.

Cette démarche est gratuite et ne nécessite aucune action de votre part. Vous pouvez à tout moment vous y opposer sans conséquence sur votre prise en charge ou celle de votre enfant en vous adressant à crb.contact@ch-perpignan.fr

▶ Fait à perpignan, le []/[]/[]

Signature :

▶ Signataire :

☐ Patient

☐ Accompagnant :

Nom, prénom :

Lien avec le patient : père, mère, tuteur légal, transporteur, autre :

" Le Centre Hospitalier de Perpignan, en tant que Responsable de Traitement, collecte et traite vos données personnelles. Ces traitements ont pour but de garantir l'organisation et le suivi de votre prise en charge, ainsi que la gestion de votre dossier médical et administratif. Elle sert également à assurer le fonctionnement et la gestion des services de soins. Par ailleurs, vos données personnelles peuvent être utilisées à des fins de recherche en santé, sauf si vous vous y opposez. Vous trouverez une information détaillée sur les traitements de vos données personnelles dans le Livret d'Accueil transmis lors de votre arrivée et disponible également en ligne sur notre site internet.

Vous avez le droit de demander l'accès à vos données, leur rectification, leur limitation ou leur suppression. Vous pouvez également exprimer vos souhaits concernant leur conservation, leur effacement ou leur communication après votre décès. Si le traitement est fondé sur votre consentement, vous pouvez le retirer à tout moment.

Ces demandes peuvent être adressées par courrier à l'hôpital ou au professionnel de santé en charge de votre dossier. En cas de difficulté, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données (DPO) à l'adresse suivante : dpo@ch-perpignan.fr. Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez déposer une réclamation auprès de la CNIL via son site internet : <https://www.cnil.fr>."

