



Information et Consentement du Patient pour l'interprétation en Téléradiologie

En pratique

Madame, Monsieur,

Vous allez passer un examen d'IRM en téléradiologie.

Le déroulement de votre examen se fait sous la responsabilité d'un radiologue détenteur d'un diplôme français (CES, DES), exerçant en téléradiologie, c'est-à-dire qu'il n'est pas sur place et qu'il assure votre prise en charge à distance en télé-médecine. Le compte rendu vous parviendra ultérieurement.

La téléradiologie est un acte médical encadré par le code Santé publique (CSP-Art L.6316-1 -Déc n°2010-1229 du 19 oct. 2010).

L'utilisation de cette organisation de télé-médecine requiert votre **consentement: vous avez libre choix d'accepter de bénéficier de cette prise en charge ou non**. En cas de refus, vous devez informer l'équipe du service d'imagerie qui vous proposera alors un nouveau rendez-vous avec un médecin qui sera alors présent lors de l'examen. Vous devez avoir conscience que votre prise en charge pourra être, de ce fait, retardée et réalisée sur une autre IRM.

Le mode de transmission utilisé pour les données médicales est sécurisé pour garantir la confidentialité et la sécurité de vos données personnelles administratives et images. L'hébergement des données de santé est agréé par la CNIL et l'ASIP. Conformément à la loi n°78/17 du 6 janvier 1978, vous avez un **droit d'accès et de rectification des données**.

Ce droit d'accès et de rectification peut s'effectuer auprès du GIE IRMAS, par envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, sur justificatif d'identité à l'adresse suivante : GIE IRMAS -RGD- 110 avenue Albert Raimond-42270 Saint-Priest-en-Jarez.

Merci de nous rapporter le jour de votre examen ce consentement rempli et signé par vous ou votre représentant légal. Pour toute demande, merci de vous adresser à la centrale de rendez-vous au 04 77 91 36 36, ou au personnel du service.

Je soussigné(e) (patient ou son représentant légal),

Prénom, Nom :

Date de Naissance :

Autorise le GIE IRMAS à avoir recours à la téléradiologie pour l'interprétation des examens d'imagerie médicale (IRM) qui seront effectués lors de ma venue dans le service d'imagerie médicale.

Je consens prendre cet engagement de mon plein gré sans aucune contrainte quelle qu'elle soit.

Refuse l'usage de la téléradiologie pour mon examen d'IRM devant être réalisé.

Impossibilité de recueillir le consentement (Réservé au Service IRMAS)

Signature

Fait à (mettre la ville où sera réalisée l'examen)

Le (mettre le jour de l'examen) Signature :