

GénoPsy Lyon

CRMR Coordinateur Troubles du Comportement
d'Origine Génétique
Pôle Hospitalo-Universitaire ADIS
Centre d'excellence Autisme et TND – iMIND

LE VINATIER
PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON METROPOLE



centre de référence
maladies rares



Etablissement Lyonnais référent en Psychiatrie et
Santé Mentale
95 Bd Pinel - BP 30039
69678 BRON Cedex

Email : secretariat_genopsy@ch-le-vinatier.fr
Tel. : 04.37.91.51.63
Fax : 04.37.91.52.64

**INFORMATION ET RECUEIL DU
CONSENTEMENT DU PATIENT POUR
L'ÉCHANGE DE DONNEES DE SANTE DANS
LE CADRE D'UNE CONCERTATION
PLURIDISCIPLINAIRE**

Le/la Dr (NOM Prénom) souhaite obtenir l'avis de la concertation pluridisciplinaire « troubles psychiatriques d'étiologie génétique rare » coordonnée par le Pr Caroline DEMILY (CRMR GénoPsy Lyon, Le Vinatier), afin d'adapter au mieux votre prise en charge.

L'échange entre les professionnels de santé des données de santé vous concernant sera réalisé via messagerie électronique et la plateforme LifeSize ; ce qui permet de garantir la confidentialité et la sécurité de la transmission des données.

Seules les données nécessaires pour étudier la pertinence de votre prise en charge seront échangées (liste disponible sur la page <http://www.ch-le-vinatier.fr/offre-de-soins/genopsy/rcp-maladies-rares-2340.html>). De plus, seuls les professionnels participant à cette concertation pluridisciplinaire y auront accès (liste disponible sur la page <http://www.ch-le-vinatier.fr/offre-de-soins/genopsy/rcp-maladies-rares-2340.html>). Ces professionnels sont soumis au secret professionnel.

La sollicitation de la RCP donnera lieu à la constitution d'un dossier médical vous concernant au Vinatier Etablissement Lyonnais référent en Psychiatrie et Santé Mentale.

Le/la Dr vous informera du compte-rendu de la concertation pluridisciplinaire. L'avis pluridisciplinaire doit être considéré comme une aide à la prise en charge. Le professionnel demandeur de l'avis est le plus à même de connaître votre situation particulière. Il est au final décideur de la conduite à tenir, en accord avec vous / votre représentant légal.

Consentement du patient :

Je, soussigné(e),(NOM Prénom) né(e) le à déclare avoir été informé(e) et donner mon consentement pour la présentation de mon dossier à la RCP-Maladies Rares.

Fait à le Signature

OU, le cas échéant, consentement du ou des représentants légaux :

Je (nous), soussigné(es), (NOM Prénom) et (NOM Prénom), agissant en tant que représentant(s) légal(aux)

de (NOM Prénom)

né(e) le à

déclare(ons) avoir été informé(es) et donner mon (notre) consentement pour la présentation du dossier de (NOM Prénom) à la RCP-Maladies Rares.

Fait à le Signature