Formulaire d'opposition à la réutilisation des données de santé

Madame, Monsieur,

Vous-même, ou la personne que vous représentez légalement, venez en consultation ou êtes hospitalisé(e) au Centre Hospitalier du Mans.

Vous pouvez, en application de **l'article 21** du **Règlement Général de Protection des données**, vous opposer à ce que des données à caractère personnel vous concernant ou concernant la personne pour laquelle vous agissez comme représentant légal, fassent l'objet de traitements automatisés ayant pour finalité la recherche.

Étant entendu que cette opposition n'influencera en rien la qualité des soins qui vous seront prodigués ou qui seront prodigués à la personne pour laquelle vous agissez comme représentant légal.

Ce formulaire vous permet de vous opposer à la réutilisation de vos données (votre opposition sera enregistrée dans les meilleurs délais et n'est pas définitive : vous pouvez à tout moment revenir sur votre choix en informant le Délégué à la protection des données).

Cette opposition :

- Concerne l'utilisation de vos données issues de votre dossier médical ou de l'Entrepôt de données de santé à des fins secondaires (recherche, études, analyses).
- Ne concerne pas l'utilisation de vos données pour votre prise en charge médicale, ni leur conservation dans votre dossier médical, qui reste obligatoire.
- N'efface pas votre dossier médical (conservation légale),
- S'applique à compter de l'enregistrement de votre demande. Les traitements déjà réalisés avant la prise en compte de votre opposition ne pourront pas toujours être annulés, notamment si les données ont déjà été utilisées dans une étude ou un projet de recherche.

Seuls des professionnels du CH du Mans ou des professionnels de santé extérieurs (pour les études réalisées sur plusieurs établissements) tenus au secret médical et professionnel pourront accéder à vos données sous la responsabilité d'un professionnel de santé.

Dans tous les cas, ces études ou recherches seront toujours réalisées de façon confidentielle sur des données codées, sans mention de vos noms et prénoms, et les résultats seront complètement anonymes.

Les données vous concernant seront conservées dans l'entrepôt pendant la durée prévue par les dispositions légales et réglementaires applicables en matière de conservation des données médicales informatisées.

Étape 1

Cas 1 : je m'oppose pour moi-même

Je suis :

☐ Patient majeur non sous tutelle OU ☐ Patient mineur de 15 ans et plus

Je soussigné(e),

Nom : ……Prénom : ……..

Date de naissance : …… / …… / …….. Lieu de naissance : ……..

Adresse : ……

Code postal : …….. Ville : ……..……

Téléphone : …….. Adresse e-mail (facultatif) : ……

Demande à exercer **mon droit d'opposition** à la réutilisation de mes données - Cocher les mentions utiles :

☐ M'oppose à la réutilisation de mes données de santé pour la recherche, les études et l'évaluation à compter de l'enregistrement de ma demande

☐ M'oppose à être recontacté(e) pour participer à une recherche

A …… Date : ……/……/……

Signature :

Cas 2 : en tant que représentant légal, je m'oppose pour un proche, un mineur, une personne protégée

Je soussigné(e),

Nom : ……Prénom : ……..

Adresse : ……

Code postal : ……..Ville : ……..

Téléphone : …….. Adresse e-mail (facultatif) : ……

Identité de la personne pour laquelle je signe :

Nom : ……Prénom : ……..

Date de naissance : …… / …… / …….. Lieu de naissance : ……

Adresse : ……

Code postal : ……..Ville : ……..

Téléphone : …….. Adresse e-mail (facultatif) : ……

Je signe pour cette personne en qualité de représentant légal :

☐ M'oppose à la réutilisation de mes données de santé pour la recherche, les études et l'évaluation à compter de l'enregistrement de ma demande

☐ M'oppose à être recontacté(e) pour participer à une recherche

A …… Date : ……/……/……

Signature :

Étape 2
Justificatif d'identité (obligatoire)

Pour garantir la sécurité et éviter toute demande frauduleuse, merci de joindre :
☐ Une copie d'une pièce d'identité[1] (CNI recto/verso - passeport - titre de séjour)

(En cas de représentant légal : joindre aussi le justificatif de représentation.)

Étape 3
Transmission du formulaire

Ce formulaire peut être transmis par courrier à :

Centre Hospitalier du Mans

Direction Générale

Délégué à la Protection des données

194 Avenue Rubillard - 72037 Le Mans cedex 9

ou par courriel à dpo@ch-lemans.fr

Contact et réclamation

Délégué à la protection des données (DPO) : dpo@ch-lemans.fr
Vous pouvez également saisir la **CNIL** : **https://www.cnil.fr/**

[1] Les pièces justificatives sont demandées afin de s'assurer de l'identité des personnes souhaitant exercer leur droit d'opposition. Elles seront détruites après vérification des identités.