

Formulaire de refus

NOM USUEL : _____ NOM DE NAISSANCE : _____

PREMIER PRENOM : _____

SEXE : M F (Cochez la mention correspondante) DATE DE NAISSANCE : __ / __ / ____

LIEU DE NAISSANCE : _____

(Code postal ou Pays de naissance pour personnes nées à l'étranger)

Refus du dossier patient régional

Je, soussigné(e), refuse par la présente que toute information administrative, médicale ou sociale me concernant soit partagée dans mon dossier patient régional DPPR. Je comprends que, par ce refus, les professionnels de santé intervenant ou qui pourraient à l'avenir intervenir dans ma prise en charge ne seront donc pas en mesure d'accéder à mon dossier régional. Je comprends également que je pourrai à tout moment revenir sur ma décision.

Date :

Signature :

Refus d'exploitation des données par la recherche

Je soussigné(e), refuse que mes données puissent être utilisées dans le cadre de programmes de recherche bien que ceux-ci respectent toutes les obligations législatives assurant la protection de mes données.

Date :

Signature :

Refus de communication des données relatives à ma santé à mes ayants-droits

Je soussigné(e), refuse que les données relatives à ma santé et contenues dans mon entier dossier médical soient transmises à mes ayants-droit après mon décès.

Vous souhaitez préciser votre refus :

Date :

Signature :

Refus de l'utilisation et la conservation d'échantillons biologiques par la recherche

Je soussigné(e), Refuse l'utilisation et la conservation d'échantillons biologiques m'appartenant à des fins de recherche médicale et scientifique

Date :

Signature :