

NOM USUEL : \_\_\_\_\_ NOM DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
PREMIER PRENOM : \_\_\_\_\_  
SEXE : M F (Entourez la mention correspondante) DATE DE NAISSANCE : \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ (Code postal ou Pays de naissance pour personnes nées à l'étranger)

### Dans le cadre de ma prise en charge :

#### **Refus du dossier patient régional « MesPatients »**

Je soussigné(e), refuse que toute information administrative, médicale ou sociale me concernant soit partagée dans mon dossier patient régional MesPatients. Je comprends que, par ce refus, les professionnels de santé, du médico-social ou du social 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.

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

#### **Refus d'alimentation de « Mon Espace Santé »**

Je soussigné(e), refuse que les informations et documents produits dans le cadre de ma prise en charge au Centre Léon Bérard soient ajoutés dans Mon Espace Santé, après avoir réfléchi aux conséquences éventuelles.

Je dois en préciser la raison : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

#### **Refus de consultation de « Mon Espace Santé »**

Je soussigné(e), refuse que les professionnels de santé, du médico-social ou du social intervenant dans ma prise en charge au Centre Léon Bérard consultent mes données dans Mon Espace Santé, après avoir réfléchi aux conséquences éventuelles.

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

#### **Refus de communication des données relatives à ma santé à mes ayant-droit**

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

Je souhaite préciser mon refus : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

### Dans le cadre de la recherche en cancérologie :

#### **Refus d'utilisation de mes données et mes prélèvements biologiques pour la recherche**

Je soussigné(e), refuse que les données collectées et générées lors de ma prise en charge ou de mon suivi ainsi que les échantillons biologiques prélevés dans ce même cadre soient utilisées pour la recherche, bien que chaque recherche respecte le cadre juridique applicable et garantisse la protection de mes données.

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

### Dans le cadre de ma prise en charge comme de la recherche en cancérologie :

#### **Refus que la découverte de gènes altérés me soit communiquée ainsi qu'aux membres de ma famille**

Je soussigné(e), refuse que la découverte de gènes altérés, qui pourrait être révélés lors de ma prise en charge ou d'une recherche impliquant l'analyse des caractéristiques génétiques de ma tumeur, soit portée à ma connaissance ou à celle des membres de ma famille, bien que cela permettrait de bénéficier de mesures de prévention ou de soins.

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

#### **Refus d'utilisation de mes données pour le développement d'outils d'intelligence artificielle par le Centre Léon Bérard**

Je soussigné(e), refuse que mes données soient utilisées dans le cadre du développement d'outils d'intelligence artificielle par le Centre Léon Bérard, bien que ceux-ci respectent toutes les obligations légales assurant la protection de mes données.

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Dans toutes ces situations, je comprends que je pourrai à tout moment revenir sur ma décision.

Ce document, **accompagné d'une copie de la carte d'identité du patient**, doit être envoyé au directeur général du Centre Léon Bérard à l'adresse 28 rue Laennec 69 373 Lyon Cedex 08