

F010 - Formulaire de demande d'inscription d'un patient au Réseau Santé Wallon avec consentement libre et éclairé

I. Personne concernée (patient)

Merci de coller dans ce cadre une étiquette mentionnant les coordonnées du patient :

- N° national
- Date de naissance
- NOM (majuscules)
- Prénoms
- Adresse
- E-mail

Identification de l'Institution Hospitalière assurant l'inscription du patient :

- Hôpital psychiatrique CUP « La Clairière » de Bertrix



II. Responsable légal (ne pas remplir si le demandeur est le patient ; sinon à remplir par son représentant légal)

Numéro National	□□.□□.□□-□□□.□□	
NOM (majuscules)		
Prénoms		
Né(e) le		
Domicilié(e) à		
E-mail		Téléphone

Je, soussigné(e), _____

- demande librement à inscrire la personne concernée au Réseau Santé Wallon (<https://www.reseausantewallon.be>), afin de permettre aux professionnels de la santé impliqués dans les soins qui sont prodigués à la personne concernée, d'échanger, via le Réseau Santé Wallon géré par la FRATEM, des documents médicaux qui la concernent. Cette source d'informations médicales supplémentaires reste d'un accès facultatif pour les médecins et ne peut être considérée comme exhaustive.
- déclare accepter les modalités de ces communications dont j'ai été informé par la brochure explicative (www.rsw.be/brochure) ainsi que le règlement vie privée (www.rsw.be/reglementvieprivee) que j'ai pu consulter, notamment en ce qui concerne les possibilités qui sont offertes pour faire assister la personne concernée, faire représenter légalement la personne concernée, restreindre l'accès de certains documents médicaux aux seuls professionnels désignés par la personne concernée ou son représentant légal, obtenir la liste des professionnels de la santé ayant accédé aux documents médicaux de la personne concernée, et le fait que l'inscription au Réseau Santé Wallon vaut pour consentement à l'échange de données au niveau national dans le cadre de la continuité des soins (www.patientconsent.be).
- demande également à ce que le médecin traitant de la personne concernée indiqué ci-dessous soit autorisé à accéder aux documents référencés la concernant et ce, pour autant qu'il soit inscrit au Réseau Santé Wallon (facultatif, vous pouvez à tout moment ajouter et modifier les autorisations à partir de votre espace privé sur le site www.rsw.be ou via votre médecin).

Je, soussigné(e), _____

ne souhaite pas inscrire la personne concernée au Réseau Santé Wallon.

III. Médecin traitant (ou cachet du médecin) : NOM + Prénom du médecin + N° INAMI

Ce formulaire est destiné au Service Administratif de l'Institution Hospitalière mentionnée ci-dessus. Par la présente, je demande à cette Institution Hospitalière d'assurer l'inscription de la personne concernée au Réseau Santé Wallon.

En cas de litige, la personne concernée ou son représentant légal peut s'adresser au Service Administratif de la FRATEM (Tél. : 04/224 81 75 - info@rsw.be - Rue de Hesbaye, n°75 – 4000 Liège) ou au Médiateur du Réseau Santé Wallon (Tél. : 04/370 74 08 - mediateur@rsw.be).

Fait en double exemplaire (patient + Institution Hospitalière) à _____, le ____/____/____.

Signature du demandeur: _____

Cette demande sera archivée par l'Institution, qui s'engage à en fournir une copie à la FRATEM en cas de litige avec le patient.

Réf scanning: _____