



FICHE D'ORIENTATION – CONSENTEMENT

A envoyer par mail à orientation-reseau@gipsap.re

3 / 3

Personne souffrant d'une Maladie Neuro Dégénérative - Collectif MND & Co.

- Stade débutant Stade avancé

Personne victime d'une lésion cérébrale acquise - France AVC Réunion – AFTC-Moi

- Vivant à domicile Hospitalisée

Personne aidante d'un proche dépendant - GIP Service A la Personne

- Accompagnement spécifique de l'aidant familial

Précisions sur la demande :

-
- J'accepte d'être contacté par les dispositifs cochés pour obtenir des renseignements sur leur déroulement**

Signature du patient

- J'accepte d'être contacté par les dispositifs cochés pour obtenir des renseignements sur leur déroulement**

Signature de l'aidant



FICHE D'ORIENTATION – CONSENTEMENT

A envoyer par mail à orientation-reseau@gipsap.re

2 / 3

Informations spécifiques concernant l'utilisation de vos données personnelles

En remplissant ce formulaire, vous consentez explicitement à ce que les informations que vous nous donnez, soient traitées dans le cadre spécifique de votre demande d'accompagnement par la ou les structures du réseau.

Conformément aux obligations du RGPD, les données personnelles que vous nous communiquez ne seront utilisées que dans le cadre strict de l'accompagnement proposé par les structures qui forment le réseau auquel est adressé ce formulaire : Le GIP SAP, les associations MND & Co., France AVC Réunion, AFTC.

Les données ne seront pas utilisées à des fins sortant du cadre de l'accompagnement demandé.

Ces données pourront être échangées avec des professionnels de santé et les professionnels des associations mandatés pour intervenir dans votre accompagnement.

Nous mettons tout en œuvre pour en assurer la protection et la confidentialité, selon les normes en vigueur fixées par le règlement européen.

Vous êtes informé que vous disposez d'un droit d'accès, d'interrogation et de rectification qui vous permet, le cas échéant, de faire rectifier, compléter, mettre à jour, verrouiller ou effacer les données personnelles vous concernant qui sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées ou dont la collecte, l'utilisation, la communication ou la conservation est interdite.

Vous êtes informé que vous disposez d'un droit à la portabilité permettant de récupérer vos données personnelles.

Vous disposez également d'un droit d'opposition au traitement de vos données pour des motifs légitimes. Dans le cas d'une éventuelle opposition de votre part, nous nous réservons la possibilité de refuser ou de mettre fin à votre accompagnement, dans la mesure où celui-ci repose sur l'accès à des informations vous concernant afin d'adapter nos interventions

Actions proposées à cocher selon l(es) orientation(s) souhaitées



FICHE D'ORIENTATION – CONSENTEMENT

A envoyer par mail à orientation-reseau@gipsap.re

1 / 3

Nom du professionnel adresseur :

DATE :

Patient

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone : Mail :

Pathologie – date du diagnostic :

Aidant

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone : Mail :

Lien de parenté :