

**MODELE DE FORMULAIRE DE DECLARATION DE CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRÉ DU PATIENT**

Vu les articles L. 1111-2, L. 1111-4, R. 4321-83 et R. 4321-84 du code de la santé publique ;

Je soussigné(e), Mme ou M. ou autre _____.

NOM : _____

PRENOM : _____

Né(e) [JJ/MM/AAAA] le ___/___/___ à [Ville] _____

En ma qualité de patient

ou de représentant légal ou tuteur de :

NOM : _____

PRENOM : _____

Né(e) [JJ/MM/AAAA] le ___/___/___ à [Ville] _____

Atteste avoir été reçu(e) en consultation par _____, masseur-kinésithérapeute le [Date] ___/___/___ à [adresse de l'établissement/du cabinet/du domicile du patient]

_____.

Lors de cette séance, un bilan kinésithérapique a été réalisé à l'occasion duquel j'ai été informé(e) concernant :

- Mon état de santé (ma pathologie et son évolution prévisible) : oui non ;
- Les actes, interventions et traitements envisagés : oui non ;
- Les risques inhérents à ces différents actes, interventions et traitements : oui non ;
- Les risques que j'encours du fait de l'évolution de ma pathologie en cas de refus d'intervention thérapeutique : oui non ;

J'ai compris l'ensemble des informations qui m'ont été délivrées et j'ai pu poser toutes les questions nécessaires à leur bonne compréhension. J'ai compris les réponses qui m'ont été apportées.

Je n'ai pas été contraint, ni influencé pour donner mon consentement.

Je m'estime désormais suffisamment éclairé(e) pour prendre une décision en toute connaissance de cause et j'accepte l'intervention préconisée.

Je suis informé(e) qu'à tout moment je peux retirer mon consentement au cours du traitement.

Un double doit être conservé par le masseur-kinésithérapeute.

Fait à [Ville] _____,

Le ___/___/___

Signature (du patient, du représentant légal ou du tuteur)¹

¹ Précédée de la mention manuscrite « Lu, approuvé et compris »



.....

Droit au retrait.

Je soussigné(e), Mme ou M. ou autre _____.

NOM : _____

PRENOM : _____

Né(e) [JJ/MM/AAAA] le ___/___/___ à [Ville] _____

En ma qualité de patient
ou de représentant légal ou tuteur de :

NOM : _____

PRENOM : _____

Né(e) [JJ/MM/AAAA] le ___/___/___ à [Ville] _____

Souhaite retirer mon consentement donné en date du [JJ/MM/AAAA] le ___/___/___.

Fait à [Ville] _____,

Le ___/___/___

Signature (du patient, du représentant légal ou du tuteur)

Les données personnelles collectées par M. ou Mme _____, masseur-kinésithérapeute, en tant que responsable du traitement, sont traitées dans le cadre du recueil du consentement fondé sur l'obligation légale prévue à l'article L. 1111-4 du code de la santé publique. Les données sont conservées pendant toute la durée de l'exercice professionnel du masseur-kinésithérapeute concerné. Sauf opposition de la personne dûment avertie, elles sont accessibles aux personnes qui participent tous à la prise en charge du patient, sous réserve que cette information soit strictement nécessaire à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social. Seules les informations portant sur les éléments indispensables au suivi du patient ont vocation à être partagées.

Dans ce contexte, les données ne font pas l'objet d'un transfert hors de l'Union européenne.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques au regard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (ci-après le « RGPD ») et à la loi Informatique et Libertés modifiée, vous pouvez à tout moment exercer votre droit d'accès, de rectification, d'opposition, de portabilité, d'effacement de celles-ci ou une limitation du traitement aux données personnelles les concernant en adressant votre demande par courrier postal _____ ou par mail à l'adresse suivante : _____.

Il vous est également loisible d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) si vous l'estimez nécessaire.