



RÉSEAU DE SANTÉ PLURITHÉMATIQUE

**ONCO 94 OUEST**

---

Madame / Monsieur,

Vous souhaitez faire une **demande d'inclusion au Réseau de santé ONCO 94 Ouest**.

Notre équipe de coordination a besoin des éléments figurant sur ce document pour traiter votre demande le plus rapidement possible.

Nous vous remercions de le remplir précisément et de joindre tout élément nécessaire à la compréhension de la situation notamment un compte-rendu médical.

Merci de nous le renvoyer au :

Réseau de santé ONCO 94 Ouest  
Hôpital de Chevilly Larue  
24 rue Albert Thuret - 94669 Chevilly-Larue Cedex  
Tél : 01 46 63 00 33  
**Fax : 01 46 63 19 28**  
**Mail : [contact@onco94.org](mailto:contact@onco94.org)**

Si vous avez des questions, pensez à nous contacter.

L'équipe de coordination.

# Consentement du patient pour l'inclusion au réseau

Je soussigné(e), M  Mme

Nom ..... Prénom .....

Nom de naissance ..... Né(e) le .....

Commune / Pays de naissance .....

Demeurant .....

.....

Téléphone ..... N° SS .....

-Certifie avoir reçu toutes les informations nécessaires sur les objectifs du Réseau Onco 94 Ouest et l'intérêt de ma prise en charge dans un tel cadre.

-Note que je peux conserver la plaquette qui m'est destinée et avoir à ma disposition toutes les coordonnées des personnes en charge de ma situation.

Accepte que :

-Les données relatives à l'ensemble de mon dossier (administratives, sociales, médicales, soins infirmiers) puissent faire l'objet d'un traitement informatisé dans le logiciel du réseau, Mediateam.

-Mon dossier Terr-eSanté soit créé afin de partager et stocker les données relatives à ma prise en charge suite à l'information que j'ai reçue

-Des données antérieures à ces traitements ou des données provenant de systèmes d'information externes telles que les résultats de laboratoire informatisés, des comptes-rendus d'hospitalisation (liste non exhaustive) soient utilisées pour enrichir mon dossier Terr-eSanté dans l'objectif d'améliorer la coordination de ma prise en charge.

-En cas d'urgence médicale ou de risque immédiat pour ma santé, tout professionnel de santé puisse accéder, sur un périmètre et un temps limités, à mon dossier Terr-eSanté (le cas échéant, je recevrai une notification par e-mail).

J'ai bien noté que mes droits (d'accès, de rectification et d'opposition) prévus par la Loi informatique et liberté s'exercent à tout moment auprès du professionnel de santé initiateur de mon inclusion dans le réseau.

Atteste qu'un temps de réflexion suffisant m'a été accordé concernant mon inclusion dans le réseau.

Certifie avoir été informé que je pourrai interrompre à tout moment ma prise en charge dans le réseau, sans préjudice d'aucune sorte.

Dès lors, je consens à être pris en charge par le Réseau Onco 94 Ouest.

Date et signature

Demandeur de l'inclusion :	Signature et cachet :
Nom :	
Prénom :	
Qualité :	

Date de la demande :            /            /

**Identification du patient :**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
 Nom naissance \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_  
 N°SS \_\_\_\_\_ Commune / pays naissance \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
 Téléphone \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_  
 Mail \_\_\_\_\_

**Lieu où se trouve la personne à la date de la demande d'inclusion**

Domicile principal       Hopital  Date prévisionnelle de sortie \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Autre domicile       Personne chargée de l'organisation du retour à domicile : \_\_\_\_\_

**Personne de l'entourage :**

à prévenir

de confiance

Nom \_\_\_\_\_ Qualité \_\_\_\_\_  
 Prénom \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_  
 Téléphone \_\_\_\_\_  
 Mobile \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

**Médecin généraliste :**

Demandeur de l'inclusion

contacté

d'accord

Nom \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_  
 Prénom \_\_\_\_\_  
 Téléphone \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_  
 Fax \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

**Médecin hospitalier :**

Demandeur de l'inclusion

contacté

d'accord

Nom \_\_\_\_\_ Etablissement \_\_\_\_\_  
 Prénom \_\_\_\_\_ Service \_\_\_\_\_  
 Téléphone \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_  
 Fax \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

**Autres professionnels :**

Demandeur de l'inclusion

contacté

d'accord

Nom \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_  
 Prénom \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_  
 Téléphone \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_  
 Fax \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

**Professionnels déjà en place au domicile ou prévus**

**Infirmier libéral** Nom \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_

**SSIAD** Nom \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_

**HAD** Nom \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_

**Aide à domicile** Nom \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_

**Service social** Nom \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_

**Pharmacien** Nom \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_

**Autre :** Nom \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_

**Conditions de vie**

seul  entouré  autonome  dépendant  grabataire

**Motif de la demande d'inclusion**

Symptômes difficiles à contrôler  \_\_\_\_\_

Soins infirmiers  \_\_\_\_\_

Aide à la toilette  \_\_\_\_\_

Aide ménagère  \_\_\_\_\_

Soutien social  \_\_\_\_\_

Soutien psychologique  \_\_\_\_\_

Soutien diététique  \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_

**Pathologie(s) principale(s)**

(Merci de joindre un compte-rendu médical complet)

**Soins curatifs**    oui     non

**Soins Palliatifs**    oui     non

---

---

Antécédents/ Allergies

---

---

---

Histoire médicale

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Que sait le patient du pronostic, du type de soins...**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Principaux symptômes**

OMS :

Karnofsky :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Traitements**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---