



Lettre d'information patient

Programme national portant sur le risque infectieux en chirurgie

Selon les recommandations du Ministère de la Santé et afin de **renforcer la qualité des soins prodigués**, un **programme national de surveillance des infections** a été mis en place dans les établissements de santé français.

Ce programme national regroupe des actions de **surveillance et de prévention** en vue d'une meilleure maîtrise du risque infectieux en chirurgie et en médecine.

Dans le cadre de ces surveillances des infections, des données de santé vont être extraites à partir du système d'information hospitalier local pour des hospitalisations en lien avec des actes ciblés par le programme. Certaines données seront à caractère personnel (sans mention de vos nom, prénom, ou coordonnées), d'autres médicales (soins) ou administratives (séjour(s) hospitalier(s)). Ces données seront hébergées sur un serveur répondant aux exigences de la réglementation actuelle pour une durée de 5 ans. Elles feront l'objet d'un traitement statistique informatique réalisé, de façon **confidentielle**, par les CPias (Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins). Les résultats seront présentés sous une **forme agrégée qui ne permettra en aucun cas de vous identifier**. Aucune participation de votre part n'est requise.

Les programmes de surveillance font l'objet d'une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique des Libertés (Cnil). Les fichiers informatiques utilisés pour ces recherches sont mis en oeuvre conformément à la réglementation Informatique et Libertés (Cnil - loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée).

Selon cette réglementation, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel et susceptibles d'être utilisées et traitées dans le cadre de cette recherche. L'exercice de vos droits sera sans conséquence sur votre prise en charge ou la qualité de votre relation avec les équipes médicales et soignantes.

Si vous souhaitez vous opposer à l'utilisation de vos données, veuillez envoyer un mail à dpo@icm.unicancer.fr.

Opposition à l'utilisation de mes données cliniques et biologiques à des fins de surveillance

J'ai pris connaissance du document m'informant de l'utilisation possible à des fins de surveillance de mes données cliniques et/ou biologiques.

Je reconnais avoir été informé(e) de droits associés à l'utilisation de ces données et je considère que je dispose des informations qui me permettent de décider.

Je sais que ma décision est sans conséquence sur ma prise en charge et que celle-ci n'est pas irrévocable et ainsi, je peux à tout moment revenir sur ma décision et en informer l'équipe médicale.

Par conséquent, à dater de ce jour,

Je m'oppose à ce que mes données médicales puissent être utilisées à visée de surveillance :

oui

non

Je m'oppose à ce que mes prélèvements biologiques puissent être utilisés à visée de surveillance :

oui

non

Nom et Prénom :

Date de naissance : ____/____/____

Date et signature du (de la) patient(e) :