

M./Mme .....

En tant que bénéficiaire d'un service auprès du Service Autonomie à Domicile (SAD) du CIAS du Pays de Martigues, vous avez droit au respect de votre vie privée, et au secret des informations vous concernant. Ce secret couvre l'ensemble des informations portées à la connaissance d'un professionnel du service et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec le service.

Vous êtes en droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations vous concernant. Ce droit peut être exercé à tout moment. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, (modifiée par la loi du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel), vous disposez également d'un droit d'accès, de modification et de rectification des données vous concernant en vous adressant à la personne responsable du service ou de votre secteur.

Afin de garantir un accompagnement de qualité, il est important que les informations vous concernant circulent correctement au sein du service et entre les différents professionnels et personnes de confiance de votre entourage participant à votre prise en charge.

Ainsi, un professionnel peut échanger avec d'autres professionnels du service ou de la structure, qui vous prennent également en charge, les informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social. Seules les informations correspondant au périmètre des missions de chaque professionnel pourront être transmises.

Le SAD pourra également, dans le cadre de votre accompagnement, être amené à partager des informations vous concernant avec des collaborateurs d'autres structures. Seules les informations strictement nécessaires à votre prise en charge seront communiquées.

Par ailleurs, dans le cadre d'une prise en charge par plusieurs structures, le SAD a mis en place un nouveau système de coordination des interventions et de partage d'informations : **Dôme**. Il s'agit d'une plateforme sécurisée et hébergée par un prestataire disposant de l'agrément délivré par le Ministre en charge de la Santé, en application des dispositions de l'article L.111-8 du Code de la Santé Publique et du décret n°2006-6 du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel. Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à gérer et partager plus facilement les informations sociales et médico-sociales vous concernant. Les utilisateurs y ayant accès sont des professionnels qui interviennent à votre domicile et des personnes de votre entourage. L'exploitation et le partage de ces données ne peuvent avoir lieu qu'avec votre consentement exprès ou celui de votre représentant légal.

Afin de permettre ce partage d'informations, les professionnels peuvent être amenés à utiliser différents outils tels que le carnet de liaison, le dossier informatisé (avec un droit d'accès sécurisé par profil en fonction des professionnels et de la nature des informations), une messagerie sécurisée, des fiches de liaison, etc. Pour le moment, seul l'espace Documents est utilisé par le SAD du CIAS.

Le recueil et le partage d'informations est effectué conformément à la [Délibération n° 2016-094 du 14 avril 2016, notamment en matière de restriction d'accès et de sécurisation](#).



**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE  
CONSENTEMENT AU PARTAGE  
D'INFORMATIONS**

Je soussigné(e) ..... , apporte mon consentement au partage des informations me concernant auprès de tous les intervenants professionnels et de l'environnement familial autorisé ci-dessous, dans les conditions définies ci-dessus.

Environnement Familial (NOM Prénom et lien de la personne désignée)	Ville	Téléphones	Autorisation (cocher la case)
			<input type="checkbox"/>

Fait à :

Signature :

Le :



*Document à garder par l'agence et à exporter sur Dôme*



"-----

**FORMULAIRE RETRAIT DE CONSENTEMENT AU PARTAGE DE MES INFORMATIONS**

Dans le cadre de la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit de retrait de votre consentement au partage des informations vous concernant auprès des personnes de votre entourage :

Je, soussigné(e) ..... , vous notifie par la présente mon retrait de consentement au partage des informations des personnes stipulées ci-dessous : .....

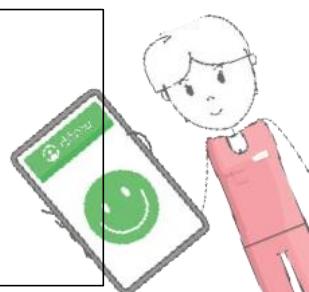
.....  
.....  
.....

Le : .....

Signature du bénéficiaire :

Document à renvoyer par courrier postal à :

A l'attention du Service facturation  
  
Service Autonomie à Domicile – CIAS Pays de Martigues  
Rond-Point de l'Hôtel de Ville  
Avenue Louis Sammut  
13692 Martigues Cedex – BP 40073



Ou par mail à [maintien@cias.paysdemartigues.fr](mailto:maintien@cias.paysdemartigues.fr)