



H.I.A. Legouest
Metz

FICHE TECHNIQUE

Recueil de consentement du patient hospitalisé dans le cadre de la téléradiologie

LEG-QUA-FT-1619 – 02

Date d'application : 09/03/2023

Page : 1 / 2

Service d'Imagerie Médicale, 27 avenue de Plantières BP 90001 57077 Metz Cedex 3
Tél : 03 87 56 47 83 Fax : 03 87 56 48 20 Email : rdv.imagerie@hia-legouest.fr

Ancienne référence : S3-F-T-0174-V2

La téléradiologie c'est quoi ?

La téléradiologie, mise en place dans le service d'imagerie médicale de l'Hôpital d'Instruction des Armées LEGOUEST se définit comme étant le moyen « pour le patient de bénéficier de l'interprétation par un médecin radiologue (téléradiologue) situé à distance du lieu de réalisation de l'examen ».

De ce fait, **vous ne rencontrerez pas le radiologue à l'issue de votre examen**. Le lieu, les conditions techniques de réalisation de l'examen ainsi que le personnel soignant expert du service d'imagerie restent identiques.

La **Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie** et en particulier ses articles 32 et 33 définit le bon usage de la téléradiologie. Comme tout acte médical, cette pratique est strictement encadrée par les règles de déontologie et s'exerce dans le respect de règles professionnelles pour garantir le bon usage de la téléradiologie, notamment en termes de radioprotection et de confidentialité.

Dans le cadre de ses activités d'imagerie médicale, l'Hôpital d'Instruction des Armées LEGOUEST transmet votre dossier d'imagerie à une société de téléradiologie, de manière sûre et sécurisée*, afin d'interpréter les images à distance.

Le jour de votre rendez-vous, votre examen sera réalisé par un manipulateur selon le protocole défini par le téléradiologue, puis transmis à celui-ci pour interprétation.

Dans les conditions fixées par la **Loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés**, et par le **Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données**, ces fichiers sont déclarés à la C.N.I.L. (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés), garante de la confidentialité des données individuelles.

Certaines informations recueillies lors de votre hospitalisation feront donc l'objet, sauf opposition justifiée de votre part, d'un enregistrement informatique.

Ces informations, protégées par le secret professionnel, sont réservées aux équipes médicales participant à votre prise en charge.

Conformément à la Loi, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification de ces informations, en adressant un courrier au Médecin Chef de l'Hôpital d'Instruction des Armées LEGOUEST.

* Mise en œuvre du **Décret n° 2007-960 du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique**.

* Mise en œuvre des **Recommandations de la Société Française de Radiologie et de la Haute Autorité de Santé**.



H.I.A. Legouest
Metz

FICHE TECHNIQUE

**Recueil de consentement du patient hospitalisé
dans le cadre de la téléradiologie**

LEG-QUA-FT-1619 – 02

Date d'application : 09/03/2023

Page : 2 / 2

Service d'Imagerie Médicale, 27 avenue de Plantières BP 90001 57077 Metz Cedex 3
Tél : 03 87 56 47 83 Fax : 03 87 56 48 20 Email : rdv.imagerie@hia-legouest.fr

Recueil de consentement

Afin de nous permettre de réaliser votre examen selon le principe de la téléradiologie nous devons recueillir votre consentement, conformément aux instructions de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

En cas de refus, nous devons vous fixer un autre rendez-vous en présence d'un radiologue si possible.

Je soussigné(e)
Nom, prénom :
Né(e) le :

Etiquette patient

AUTORISE l'Hôpital d'Instruction des Armées LEGOUEST à utiliser le dispositif de téléradiologie, durant la durée de mon hospitalisation, pour assurer l'interprétation de mon examen d'imagerie.

J'ai reçu les informations nécessaires concernant les modalités de prise en charge en téléradiologie, et consens librement à prendre cet engagement. J'accepte également que les documents relatifs à cet examen, nécessaires à ma prise en charge, soient conservés par les partenaires d'imagerie médicale.

REFUSE le dispositif de téléradiologie

Fait àle.....
Nom et signature :

IMPOSSIBILITE de recueillir le consentement.

Le
Nom, Fonction et signature du professionnel :