

**Primo-prescription de traitement par anticancéreux par voie orale**

DISPOSITIF D’ACCOMPAGNEMENT DU PHARMACIEN

***Consentement du patient au partage de données de santé entre professionnels de santé***

Afin de faciliter le parcours du patient traité par anticancéreux oraux, la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé du Pays d’Arles et le centre hospitalier d’Arles mettent à disposition de votre pharmacien l’appui d’un pharmacien expert coordinateur.

Ce pharmacien expert coordinateur assure le lien entre le centre hospitalier, votre officine et votre médecin traitant si besoin. Il prodigue également, si cela est nécessaire, des conseils et avis en matière de traitements anticancéreux oraux auprès de votre pharmacien.

Ce dispositif a pour objectif de fluidifier les échanges entre les différents professionnels en charge de votre accompagnement et d’optimiser au mieux votre suivi en ville.

Afin que cette liaison hôpital-ville puisse fonctionner, le centre hospitalier, le pharmacien expert coordinateur, votre officine et votre médecin traitant vont, si besoin, partager des données de santé vous concernant. Pour cela, le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) nécessite votre accord écrit à ce partage de données entre professionnels de santé.

Si vous acceptez que vos données de santé soient partagées dans le cadre de ce dispositif et uniquement dans le cadre de dispositif, nous vous remercions de cocher la case « oui » en mentionnant vos coordonnées et en apposant votre signature.

*OUI,* J’accepte que mes données de santé soient partagées par le service oncologie et le pharmacien du centre hospitalier d’Arles, le pharmacien expert coordinateur de la CPTS du Pays d’Arles, mon médecin traitant et le pharmacien désigné ci-dessous dans le cadre du dispositif mentionné dans ce courrier.

*Identification du patient :*

* Nom et Prénom : ..............................................................................................................................................
* Date de naissance : .........................................................................................................................................
* Adresse : ..........................................................................................................................................................

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

*Identification de la pharmacie et du pharmacien impliqué dans le dispositif :*

* Nom de la pharmacie : ....................................................................................................................................
* Adresse : .........................................................................................................................................................
* Nom du pharmacien du patient : ....................................................................

Fait le Signature du patient