

CONSENTEMENT ECLAIRE DU PATIENT dans le cadre de la collecte de données "BelRAI"

Je, soussigné(e),

.....

déclare avoir lu les informations suivantes et accepte de participer à la collecte de données dans le cadre de BelRAI.

- J'ai reçu une copie du présent formulaire "consentement éclairé" daté et signé ainsi que la note d'information à l'attention du patient. J'ai reçu des explications concernant la nature, le but, la durée et les objectifs de la présente collecte de données dans le cadre du projet BelRAI. J'ai eu le temps et l'occasion de poser des questions concernant l'étude. Une réponse satisfaisante a été donnée à l'ensemble de mes questions.
- J'ai connaissance du fait que les données recueillies et analysées grâce aux divers instruments de "BelRAI" seront utilisées afin de se faire une meilleure idée des soins dont j'ai besoin et d'améliorer la qualité des soins que je reçois. J'autorise le gestionnaire de mes données à remplir, à l'aide de mon numéro d'identification de la sécurité sociale (NISS), les formulaires et à modifier mes données si nécessaire.

La personne qui gèrera mes données (gestionnaire client) est:

.....(nom et fonction)

- Je suis d'accord avec le fait que mes données personnelles qui sont recueillies via BelRAI peuvent être communiquées à des fins d'étude scientifique.
Je suis également d'accord avec le fait que mes données personnelles qui sont recueillies via BelRAI peuvent être couplées à d'autres données à caractère personnel conservées dans d'autres banques de données, dans le cadre d'études scientifiques.
Cependant, tant la communication de mes données à caractère personnel que l'éventuel couplage avec d'autres données à caractère personnel conservées dans d'autres banques de données, ne pourront avoir lieu dans le cadre d'études scientifiques que moyennant l'approbation des Comités d'éthique des universités ou des organismes chargés de la réalisation de l'étude scientifique et conformément aux modalités fixées dans l'autorisation préalable de la section Santé du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé.
- Je suis libre de retirer mon consentement, sans devoir justifier ma décision et sans que ce retrait n'ait un impact négatif sur les soins dont j'ai besoin.

- Je comprends que le médecin, l'infirmier et le kinésithérapeute ont accès à mon dossier dans BelRAI et qu'ils sont tenus au secret professionnel. Les prestataires de soins mentionnés dans la liste ci-dessous ont également accès à certaines parties de mon dossier dans BelRAI afin de pouvoir garantir la qualité des soins. Ils sont également tenus au secret professionnel.

Si vous **ne souhaitez pas** que certaines des disciplines énumérées ci-après aient accès à vos données personnelles, veuillez les cocher:

- | | | | |
|--|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Aide familiale | <input type="checkbox"/> | Assistant social | <input type="checkbox"/> |
| Aide-soignant | <input type="checkbox"/> | Logopède | <input type="checkbox"/> |
| Diététicien | <input type="checkbox"/> | Podologue | <input type="checkbox"/> |
| Ergothérapeute | <input type="checkbox"/> | Psychologue | <input type="checkbox"/> |
| Orthopédagogue | <input type="checkbox"/> | Gérontologue | <input type="checkbox"/> |
| Pédagogue | <input type="checkbox"/> | | |
| Personnel porteur d'un diplôme en sciences de réadaptation | | | <input type="checkbox"/> |
| Personne porteur d'un diplôme en psychomotricité | | | <input type="checkbox"/> |
| Personne porteur d'un diplôme en thérapie psychomotrice | | | <input type="checkbox"/> |
| Personne porteur d'un diplôme en sciences de la famille | | | <input type="checkbox"/> |

- Par la signature du présent document, je donne l'autorisation pour que mes données soient consultées conformément à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel et à la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Signature de la personne âgée ou de son représentant
Date (jour/mois/année)

Je confirme que j'ai expliqué la nature, le but et les objectifs de la collecte des données à la personne âgée ou à son représentant.

Signature de la personne qui a fourni les informations
Date (jour/mois/année)

Nom en lettres capitales de la personne qui a fourni les informations