



# Déclaration de consentement/ Formulaire patientèle

Olten, février 2024

## Légende:

Les [champs de texte] nécessitent une adaptation individuelle. Le marquage jaune doit ensuite être supprimé.

Le texte en rouge a été ajouté par rapport à la première version, envoyée le 23.06.23 via les news de fédération. Peut être adapté en écriture noire normale après la finalisation du document.

La base de la présente fiche d'information a été aimablement mise à la disposition de la Fédération suisse des sages-femmes par la Fédération des médecins suisses (FMH).

## Formulaire patientèle

### Données personnelles (à remplir en majuscules)

|                                                                                       |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Prénom                                                                                | Nom               |
| Sexe <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> d | Date de naissance |
| Rue et n°                                                                             | NPA et localité   |
| Tél./mobile                                                                           | E-mail            |
| Profession                                                                            | Employeur         |
| Adresse de contact et téléphone en cas d'urgence                                      |                   |
| Assurance-maladie                                                                     | Numéro d'assuré-e |
| N° AVS:                                                                               |                   |
| <input type="checkbox"/> Gynécologue                                                  |                   |
| <input type="checkbox"/> Pédiatre                                                     |                   |
| <input type="checkbox"/> Consultations parents-enfants                                |                   |

Nom de la sage-femme/du cabinet de  
sages-femmes/de la maison de  
naissance | adresse | NPA/localité |  
[www.exemplesiteweb.ch](http://www.exemplesiteweb.ch) |  
exemple@email.ch

☐ Institution de naissance

Autres professionnel-le-s:

☐

☐

☐

### Représentation légale

(ne remplir que si nécessaire; doit différer des informations personnelles de la patiente ou du patient)

Institution

|             |                 |
|-------------|-----------------|
| Prénom      | Nom             |
| Rue et n°   | NPA et localité |
| Tél./mobile | E-Mail          |

Par ma signature, je confirme consentir au traitement de mes données et à l'accès à celles-ci par la sage-femme XY, le cabinet de sages-femmes XY ou la maison de naissance XY ainsi qu'à leur transmission à des tiers conformément à l'information destinée à la patientèle figurant à la page suivante (page 3). J'autorise dès maintenant la transmission de toute donnée utile dans le cadre de l'exécution du mandat par la sage-femme XY, le cabinet de sages-femmes XY ou la maison de naissance XY (par ex. données personnelles, coordonnées et données d'assurance, entretiens réalisés en lien avec le traitement, données de santé collectées telles qu'anamnèses, diagnostics, résultats et évolutions) aux services mentionnés et cochés ci-dessus. Le ou la gynécologue reçoit notamment les données figurant dans le carnet de maternité, le ou la pédiatre celles figurant dans le carnet de santé de pédiatrie suisse.

Je suis conscient-e des risques potentiels liés à l'échange de données personnelles sensibles (consultation possible par des tiers non autorisés en cas d'utilisation d'outils de communication peu sûrs) ainsi que de mes droits. Je consens à un contact mutuel entre la sage-femme XY, le cabinet de sages-femmes XY ou la maison de naissance XY et moi-même en tant que patiente ou patient au moyen des indications de contact figurant ci-dessus. La sage-femme XY, le cabinet de sages-femmes XY et la maison de naissance XY transmettent les informations concernant les patient-e-s exclusivement par des voies de communication sécurisées. Je suis d'accord pour que les questions administratives, telles que les reports de rendez-vous, transitent via des courriers électroniques non chiffrés (vers une adresse de destinataire comme @bluewin.ch, @gmail.com etc.).

Nom de la sage-femme/du cabinet de sages-femmes/de la maison de naissance | adresse |  
NPA/localité | [www.exemplesiteweb.ch](http://www.exemplesiteweb.ch) | exemple@email.ch

La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) prévoit que la patientèle reçoive une copie de la facture de la ou du médecin.

| Lieu, date | Signature |
|------------|-----------|
|------------|-----------|

**Les rendez-vous qui ne sont pas annulés au moins 24 heures à l'avance peuvent être facturés. Nous vous prions de bien vouloir nous informer en temps voulu de vos éventuelles indisponibilités.**

### Information destinée à la patientèle, relative au traitement des données personnelles

Nous vous informons ci-après de la finalité poursuivie par **la sage-femme XY, le cabinet de sages-femmes XY ou la maison de naissance XY susmentionné-e** lors de la collecte, de l'enregistrement ou de la transmission de vos données personnelles. Nous vous informons également des droits que vous pouvez exercer dans le cadre de la protection des données.

**Responsabilités** **La sage-femme XY, le cabinet de sages-femmes XY ou la maison de naissance XY** est l'entité responsable du traitement de vos données personnelles et en particulier de vos données sur la santé. Si vous avez des questions concernant la protection des données ou si vous souhaitez exercer vos droits en vertu de la protection des données, veuillez vous adresser à la **sage-femme XY, au cabinet de sages-femmes XY ou à la maison de naissance XY**.

**Collecte et finalité du traitement des données** Vos données sont traitées (collectées, enregistrées, utilisées et conservées) sur la base du contrat de traitement médical et des prescriptions légales, pour atteindre l'objectif du traitement médical et remplir les obligations associées. Les données sont collectées par **la sage-femme XY, le cabinet de sages-femmes XY ou la maison de naissance XY** dans le cadre de votre traitement. Nous recevons également des données des médecins et autres professionnels de la santé chargés, actuellement ou par le passé, de votre traitement, dès lors que vous y avez consenti. Seules les données relatives à votre traitement médical sont traitées dans votre dossier patient, qui comprend les données personnelles figurant sur le formulaire destiné à la patientèle, telles que les informations personnelles, les coordonnées et les données d'assurance, ainsi que, entre autres, l'entretien d'information mené dans le cadre du traitement médical, les données sur la santé collectées telles que les anamnèses, les diagnostics, les résultats et les parcours thérapeutiques.

**Durée de conservation** Votre dossier patient sera conservé pendant vingt ans après votre dernier traitement. Passé ce délai, il sera conservé, effacé ou détruit de manière sécurisée, avec votre consentement exprès.

**Transmission des données** Nous ne transmettons vos données personnelles, en particulier les données médicales, à des tiers externes que si la loi l'autorise ou l'exige, ou si vous avez consenti à la transmission des données dans le cadre de votre traitement.

- Ces données sont transmises à votre assurance-maladie, à l'assurance-accidents ou à l'assurance-invalidité aux fins de décompte des prestations qui vous ont été fournies. Le type de données transmises dépend des prescriptions légales.
- Facultatif: les données de la patientèle et de facturation requises sont transmises au bureau de recouvrement à des fins d'encaissement (recouvrement de créances exigibles).

En fonction de votre traitement médical et de votre consentement correspondant, des données peuvent être transmises au cas par cas à d'autres destinataires autorisés (p. ex. médecins, autres sages-femmes, cabinets de sages-femmes ou maisons de naissance).

**Révocation de votre consentement** Tout consentement exprès au traitement de vos données peut être révoqué à tout moment, en tout ou en partie. La révocation ou la demande de modification d'un consentement doit se faire par écrit. Dès réception de votre révocation écrite et dès lors

que vos données ne peuvent plus être traitées sur la base d'un fondement juridique autre que le consentement, le traitement des données est interrompu. La révocation n'affecte pas la licéité du traitement des données effectué jusqu'à ladite révocation.

**Information, consultation et remise** Vous avez à tout moment le droit d'obtenir des renseignements sur les données personnelles traitées vous concernant. Vous pouvez consulter votre dossier patient ou en demander une copie, qui peut être payante. Les éventuels frais dépendant de la charge de travail nécessaire à l'établissement de la copie vous seront préalablement communiqués.

**Droit à la transmission des données** Vous avez droit à la remise, à vous-même ou à un tiers, des données que nous traitons de manière automatisée ou numérique, dans un format couramment utilisé et lisible par machine. Cela vaut en particulier également en cas de transmission de données médicales à un professionnel de la santé de votre choix. Toute demande de transfert direct des données à une autre personne responsable ne pourra aboutir que dans la mesure des possibilités techniques.

**Rectification de vos données** Si vous constatez ou considérez que des données traitées vous concernant sont inexactes ou incomplètes, vous avez la possibilité de demander une rectification. Lorsque l'exactitude ou le caractère incomplet de vos données ne peut être établi, vous avez la possibilité d'ajouter une mention de contestation.