

## À COMPLÉTER PAR LE PATIENT

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

N° de téléphone sur lequel Patientys peut m'appeler :

\_\_\_\_\_

Ma pharmacie \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

## À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom et N° de téléphone de l'infirmier/personnel médical coordinateur :

\_\_\_\_\_

Initiation de traitement : ☐ Oui ☐ Non

Date de début de traitement \_\_\_\_\_

Traitement oral prescrit \_\_\_\_\_

Traitement(s) associé(s) \_\_\_\_\_

Dosage actuel du traitement \_\_\_\_\_

En signant ce consentement, j'accepte de bénéficier du dispositif d'accompagnement qui m'a été proposé par mon médecin prescripteur et je consens à la collecte et au traitement de mes données de santé à caractère personnel dans le cadre de l'action d'accompagnement ainsi qu'à leur hébergement auprès d'un hébergeur agréé de données de santé.

### OBLIGATOIRE

Date et signature du patient

### Suivi de votre patient :

**Adresser les comptes rendus des appels infirmiers :**  
(merci de renseigner au moins l'une des cases)

☐ Moi-même, à l'adresse mail suivante :

\_\_\_\_\_

☐ Mon équipe médicale à l'adresse mail suivante :

\_\_\_\_\_

### Alertes et seuil d'alerte :

Par défaut, vous serez averti en cas d'alerte de grade  $\geq 2$

☐ En cochant cette case, je souhaite être alerté uniquement en cas d'effet indésirable de grade  $\geq 3$

\_\_\_\_\_

☐ En cochant cette case, je souhaite que les alertes soient adressées **uniquement** à mon équipe médicale, à l'adresse mail suivante :

\_\_\_\_\_

### OBLIGATOIRE

Date, signature et cachet du médecin

En signant ce document, j'atteste avoir décrit le dispositif d'accompagnement à ma patiente qui souhaite en bénéficier.

**POUR TOUTE QUESTION SUR LE PROGRAMME,  
N'HÉSITEZ PAS À NOUS CONTACTER AU N° VERT  
GRATUIT DU LUNDI AU VENDREDI DE 9H00 À 18H00**

**0 805 691 434**

Service gratuit  
+ prix appel

SUR : [ACT4HER@PATIENTYS.COM](mailto:ACT4HER@PATIENTYS.COM)

A l'initiative de

**ADIIS** Association pour le  
Développement d'Initiatives  
Innovantes en Santé

Mise en place par

**Patientys**  
by Webhelp

Avec le soutien institutionnel de

**Seagen®**

## À COMPLÉTER PAR LE PATIENT

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

N° de téléphone sur lequel Patientys peut m'appeler :

\_\_\_\_\_

Ma pharmacie \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

## À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom et N° de téléphone de l'infirmier/personnel médical coordinateur :

\_\_\_\_\_

Initiation de traitement : ☐ Oui ☐ Non

Date de début de traitement \_\_\_\_\_

Traitement oral prescrit \_\_\_\_\_

Traitement(s) associé(s) \_\_\_\_\_

Dosage actuel du traitement \_\_\_\_\_

En signant ce consentement, j'accepte de bénéficier du dispositif d'accompagnement qui m'a été proposé par mon médecin prescripteur et je consens à la collecte et au traitement de mes données de santé à caractère personnel dans le cadre de l'action d'accompagnement ainsi qu'à leur hébergement auprès d'un hébergeur agréé de données de santé.

### OBLIGATOIRE

Date et signature du patient

### Suivi de votre patient :

**Adresser les comptes rendus des appels infirmiers :**  
(merci de renseigner au moins l'une des cases)

☐ Moi-même, à l'adresse mail suivante :

\_\_\_\_\_

☐ Mon équipe médicale à l'adresse mail suivante :

\_\_\_\_\_

### Alertes et seuil d'alerte :

Par défaut, vous serez averti en cas d'alerte de grade  $\geq 2$

☐ En cochant cette case, je souhaite être alerté uniquement en cas d'effet indésirable de grade  $\geq 3$

\_\_\_\_\_

☐ En cochant cette case, je souhaite que les alertes soient adressées **uniquement** à mon équipe médicale, à l'adresse mail suivante :

\_\_\_\_\_

### OBLIGATOIRE

Date, signature et cachet du médecin

En signant ce document, j'atteste avoir décrit le dispositif d'accompagnement à ma patiente qui souhaite en bénéficier.

**POUR TOUTE QUESTION SUR LE PROGRAMME,  
N'HÉSITEZ PAS À NOUS CONTACTER AU N° VERT  
GRATUIT DU LUNDI AU VENDREDI DE 9H00 À 18H00**

**0 805 691 434**

Service gratuit  
+ prix appel

SUR : [ACT4HER@PATIENTYS.COM](mailto:ACT4HER@PATIENTYS.COM)

A l'initiative de

**ADIIS** Association pour le  
Développement d'Initiatives  
Innovantes en Santé

Mise en place par

**Patientys**  
by Webhelp

Avec le soutien institutionnel de

**Seagen®**

## À COMPLÉTER PAR LE PATIENT

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

N° de téléphone sur lequel Patientys peut m'appeler :

\_\_\_\_\_

Ma pharmacie \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

## À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom et N° de téléphone de l'infirmier/personnel médical coordinateur :

\_\_\_\_\_

Initiation de traitement : ☐ Oui ☐ Non

Date de début de traitement \_\_\_\_\_

Traitement oral prescrit \_\_\_\_\_

Traitement(s) associé(s) \_\_\_\_\_

Dosage actuel du traitement \_\_\_\_\_

En signant ce consentement, j'accepte de bénéficier du dispositif d'accompagnement qui m'a été proposé par mon médecin prescripteur et je consens à la collecte et au traitement de mes données de santé à caractère personnel dans le cadre de l'action d'accompagnement ainsi qu'à leur hébergement auprès d'un hébergeur agréé de données de santé.

### OBLIGATOIRE

Date et signature du patient

### Suivi de votre patient :

**Adresser les comptes rendus des appels infirmiers :**  
(merci de renseigner au moins l'une des cases)

☐ Moi-même, à l'adresse mail suivante :

\_\_\_\_\_

☐ Mon équipe médicale à l'adresse mail suivante :

\_\_\_\_\_

### Alertes et seuil d'alerte :

Par défaut, vous serez averti en cas d'alerte de grade  $\geq 2$

☐ En cochant cette case, je souhaite être alerté uniquement en cas d'effet indésirable de grade  $\geq 3$

\_\_\_\_\_

☐ En cochant cette case, je souhaite que les alertes soient adressées **uniquement** à mon équipe médicale, à l'adresse mail suivante :

\_\_\_\_\_

### OBLIGATOIRE

Date, signature et cachet du médecin

En signant ce document, j'atteste avoir décrit le dispositif d'accompagnement à ma patiente qui souhaite en bénéficier.

**POUR TOUTE QUESTION SUR LE PROGRAMME,  
N'HÉSITEZ PAS À NOUS CONTACTER AU N° VERT  
GRATUIT DU LUNDI AU VENDREDI DE 9H00 À 18H00**

**0 805 691 434**

Service gratuit  
+ prix appel

SUR : [ACT4HER@PATIENTYS.COM](mailto:ACT4HER@PATIENTYS.COM)

A l'initiative de

**ADIIS** Association pour le  
Développement d'Initiatives  
Innovantes en Santé

Mise en place par

**Patientys**  
by Webhelp

Avec le soutien institutionnel de

**Seagen®**

## RESPONSABILITÉS, CONFIDENTIALITÉ DES INFORMATIONS

### **Vous souhaitez participer au programme d'accompagnement ACT4HER.**

La participation au programme est libre et gratuite. Le médecin reste le seul responsable de votre traitement, les infirmiers/infirmières du programme ne peuvent prendre aucune décision médicale. Tous les entretiens que vous aurez avec les infirmiers/infirmières du programme sont strictement confidentiels. Dans le cadre de notre démarche d'amélioration qualité, sauf avis contraire de votre part, vos appels avec les infirmiers/infirmières Patientys\* joignables sur le numéro vert dédié sont susceptibles d'être enregistrés. Le programme ACT4HER, soutenu institutionnellement par le laboratoire Seagen, a été conçu par l'Association pour le développement d'initiatives innovantes en santé (ADIIS)\*\* en collaboration avec un comité scientifique et est mis en œuvre par la société Patientys située au 31 rue des Longs Prés 92100 Boulogne-Billancourt, qui agit comme Tiers de confiance.

### **Pour Patientys et l'ADIIS, la protection de votre vie privée est essentielle.**

Vous êtes informé(e) qu'au sens de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et du Règlement UE 2016/679 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 du 27 avril 2016, l'ADIIS est responsable du traitement de vos données dans le cadre du programme d'accompagnement ACT4HER.

Vos données à caractère personnel – vos données d'identification et vos données de santé – sont collectées et traitées dans le cadre de votre participation au programme d'accompagnement opéré par Patientys et afin de vous en faire bénéficier et permettre aux professionnels de santé de Patientys d'assurer la meilleure prise en charge possible, sur le fondement de votre consentement explicite. La fourniture de ces données personnelles est nécessaire à la bonne exécution du programme d'accompagnement auquel vous vous êtes inscrit et leur non fourniture pourrait entraîner une incapacité à ce que ce programme soit mis en œuvre de manière efficace.

La base légale de mise en œuvre du traitement de données à caractère personnel vous concernant est votre consentement exprès (Article 9 2 h du RGPD) au traitement de vos données de santé dans le cadre de votre participation au programme d'accompagnement ACT4HER.

Vous êtes également informé(e) que vos données peuvent faire l'objet d'un traitement afin de permettre la conduite d'études, d'évaluation en santé ou pourront être exploitées par le comité scientifique pour publication scientifique dans le respect de la réglementation applicable, sauf opposition de votre part. Dans de tels cas, vous serez informé(e) individuellement et spécifiquement au préalable des finalités de l'étude ou de l'évaluation concernée et vous serez ainsi en mesure d'exercer en temps utiles votre droit d'opposition, si tel est votre souhait.

Vos données seront également susceptibles de faire l'objet d'analyses et d'études statistiques, dans le respect de votre anonymat.

Pour assurer la sécurité de vos données, nous nous engageons à ne les conserver que pour une durée strictement nécessaire au programme et pendant toute la durée de votre participation. Vos données sont hébergées par un hébergeur de données certifié par le ministère de la santé pour l'hébergement de données de santé à caractère personnel Cis Valley.

Dans le respect des règles relatives au secret médical, à l'échange et au partage des données de santé couvertes, les informations vous concernant sont strictement destinées à votre usage personnel ; aux membres du personnel de Patientys, spécifiquement habilités et dans le strict respect de leurs missions ; aux professionnels de santé de Patientys ; à votre médecin prescripteur ; aux administrateurs strictement habilités de l'hébergeur de données de santé, au sens de l'article L.1111-8 du Code de la santé publique, dans la limite de leurs attributions respectives ; aux personnes habilitées au titre des tiers autorisés (les juridictions concernées, les arbitres, les médiateurs, les ministères concernés,...).

Conformément au Règlement UE 2016/679 du parlement européen, 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, vous pouvez à tout moment nous demander l'accès à vos données à caractère personnel, leur rectification, leur effacement, leur portabilité. Vous pouvez aussi limiter ou vous opposer à leur traitement et introduire une réclamation auprès de la CNIL. Vous pouvez également retirer à tout moment votre consentement, dans ce cas, vous ne pourrez plus bénéficier des services et informations accessibles dans le cadre du programme d'accompagnement. Sachez que le retrait de votre consentement ne portera pas atteinte à la licéité du traitement de vos données effectué avant le retrait de votre consentement et ne remettra pas en cause votre prise en charge habituelle.

Pour plus d'informations ou pour exercer vos droits, vous pouvez nous contacter par courriel [Privacy@patientys.com](mailto:Privacy@patientys.com) ou par courrier Patientys Data Protection Officer – Délégué à la protection des Données, 31 rue des Longs Prés 92100 Boulogne-Billancourt.

### **Pour Patientys et l'ADIIS, la pharmacovigilance est primordiale.**

Conformément au décret n° 2011-655 du 10 juin 2011 relatif aux modalités de signalement par les patients ou les associations agréées de patients d'effets indésirables susceptibles d'être liés aux médicaments et produits mentionnés à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, vous concourez, en tant que patient, à l'exercice de la pharmacovigilance.

A ce titre, vous avez la possibilité, lorsque vous constatez un effet indésirable dû à un médicament qui vous a été prescrit, d'adresser un signalement aux autorités sanitaires sur le site « [signalement-sante.gouv.fr](http://signalement-sante.gouv.fr) ».

*\*Patientys est une société dédiée à la relation aux patients. A l'initiative des premiers dispositifs d'accompagnement, coaching ou apprentissage des patients, Patientys a développé une expertise et un savoir-faire unique en France dans le dépistage, la prévention et l'accompagnement des patients : [www.patientys.com](http://www.patientys.com).*

*\*\*ADIIS est une association de professionnels de santé qui a pour vocation de concevoir et mettre en œuvre des programmes innovants en santé humaine, dans l'éducation thérapeutique, l'accompagnement, l'observance, l'apprentissage, la prévention, le bon usage des traitements ou la télémédecine pour les patients et les professionnels de santé.*