**PARCOURS DE SOINS GLOBAL APRES TRAITEMENT D’UN CANCER**

**Critères d’inclusion :** Patient avec **cancer guéri depuis moins d’un an** (arrêt des traitements actifs)

* Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Prénom :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* N° de téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Code postal : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Bénéficiaire de la C2S :
* Type de cancer : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Etablissement de suivi du cancer : Choisissez un élément.



**Choix possibles pour le parcours :**

* **1 seul bilan + 6 consultations**
* **2 bilans + 4 consultations**
* **3 bilans + 2 consultations (à favoriser pour une prise en charge globale)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Bilan | Consultations | Modalités |
| Yoga contour APA |  |  | * A domicile**\*** * Dans les locaux de la CPTS NOV * Au CHU de NICE**\*\*** |
| Fourchette et couteau contour Diététique |  | 1  2 3 4 5 6 | * En téléconsultation * Dans les locaux de la CPTS NOV |
| Réflection contour Psychologie |  | 1  2 3 4 5 6 | * En téléconsultation * Dans les locaux de la CPTS NOV |

\* : suivi de 10 séances à domicile + 10 séances en autonomie (participation de 50 euros à la charge du patient).

\*\* : seulement pour les patients de plus de 65ans.

**Protection des données personnelles :**

La CPTS Nice Ouest Vallée est responsable de la collecte et du traitement de vos données personnelles et de santé à des fins de coordination de votre parcours de soin et d’évaluation pour les autorités de tutelle. Ces deux finalités répondent à une obligation légale conformément à la réglementation applicable en matière de protection des données à caractère personnel :

- La loi n°2018-493 du 20 juin 2018 sur la Protection des données personnelles adaptée de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 et,

- 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 (ci-après « RGPD »).

Dans ce cadre, les données à caractère personnel pouvant être traitées sont des données relatives à votre nom, prénom, date de naissance, adresse postale, adresse email, numéro de téléphone, données de santé, numéro de sécurité sociale et les coordonnées des correspondants médicaux et paramédicaux.

Dans le cadre de la coordination de votre parcours de soin, et pour l’évaluation auprès des autorités de tutelles (ARS PACA et Inca) vos données seront conservées 20 ans à compter de la dernière intervention sur le dossier-patient (article R 1112-7 du Code de Santé publique).

Les destinataires de ces données sont les professionnels intervenants de la CPTS, du Centre Antoine Lacassagne et du Centre Hospitalier Universitaire de Nice ayant besoin de connaitre ces informations, en ce sens : la coordinatrice et la présidente de la CPTS et les professionnels des différents établissements cités ci-dessus choisis par vos soins, pour vous prendre en charge dans votre parcours.

Vos données pourront être communiquées à nos prestataires de service qui sont des sous-traitants au sens du RGPD. Chaque destinataire des données ne travaille qu’avec des sous-traitants qui présentent des garanties suffisantes quant à la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles appropriées de manière que le traitement réponde aux exigences de la règlementation applicable et garantisse de la protection de vos droits.

Vous avez le droit d'obtenir du Responsable du traitement, la confirmation que vos données à caractère personnel sont ou ne sont pas traitées et, lorsqu'elles le sont, vous pouvez exercer votre droit d’accès, de rectification, de limitation et, sous certaines votre droit à l’effacement.

Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant à l’adresse postale suivante : **CPTS Nice Ouest Vallée** – 19 **Avenue Martin Luther King – 06200 Nice ou par email :** [**Cpts.nov@gmail.com**](mailto:Cpts.nov@gmail.com)

**Signature du patient** **: Signature du médecin :**

(Nom, Prénom, Spécialité)