

## FICHE DE PARTENARIAT A LA GESTION DE CAS COMPLEXE

Nom du Service : \_\_\_\_\_

Nom du professionnel : \_\_\_\_\_

Coordonnées (et moyens par lesquels vous souhaitez être contacté) : \_\_\_\_\_

1

❖ J'atteste avoir pris connaissance de l'engagement de :

Mme, Mlle, M. : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Résidant : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

à intégrer le service de gestion de cas complexe.



MAIA Guyane



❖ **J'atteste avoir pris connaissance du cadre légal d'intervention des Gestionnaires de cas ci-dessous.**

❖ **J'accepte de travailler en partenariat avec les Gestionnaires de cas.**

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature du professionnel :

**Les Gestionnaires de Cas interviennent dans le cadre légal suivant :**

CODE DE LA SECURITE SOCIALE

Article L 161-36-2-2 relatif au recueil du consentement au partage du dossier médical

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Article L 1110-4 relatif au respect de la vie privée, à l'échange d'informations entre professionnels de santé et à la confidentialité de ces données.

Article L 1111-7 relatif à l'accès à la personne à leurs informations de santé

Article L1111-8 relatif l'hébergement et le traitement des données collectées par les professionnels de santé.

Article L 1111-8-1 relatif à l'identification et la conservation des données des personnes prises en charge par les professionnels de santé.

La loi n°78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers, aux libertés.



**MAIA Guyane**

