



1 exemplaire pour la patiente
1 exemplaire pour le centre
1 Exemple à adresser au
médecin de ville « Gynécoméd »
1 exemplaire à adresser au
réseau Gynécoméd 103 rue
Legendre 75017 Paris

Etiquette de la patiente
si possible

Consentement éclairé des femmes traitées pour un cancer du sein, en vue d'un suivi en ville, dans le cadre du réseau gynecoméd

Le Docteur qui travaille en collaboration avec
le Docteur , médecin de ville, propose à
Madame
Habitant à l'adresse suivante :

.....
.....
née le : **(A COMPLETER MERCI)**

Date de fin de traitement (chir et/ou Radiothérapie) (mm/aa) : **(A COMPLETER MERCI)**

d'être suivie par son médecin de ville dans le cadre du réseau Gynecoméd qui organise une surveillance en ville de qualité et de proximité pour les femmes traitées pour un cancer du sein :

Nous vous demandons de prendre quelques minutes pour lire cette notice d'information et pour en discuter avec vos médecins. Vous avez tout votre temps pour réfléchir et pour prendre votre décision.

Votre médecin travaille en réseau, pour vous garantir un suivi de qualité et de proximité après le traitement pour un cancer du sein. Dans ce cadre, ce suivi est organisé en collaboration entre les médecins de ville participants et les médecins hospitaliers. Votre prise en charge est conforme aux recommandations médicales, nationales et internationales. Les modalités de cette prise en charge ont fait l'objet d'un protocole écrit et validé.

A la fin de votre traitement, ou après quelques années de suivi dans le centre, votre médecin, **après vous avoir informée et avoir recueilli votre consentement**, vous ré-adressera à votre médecin de ville pour votre suivi régulier. **Vous pourrez librement et à tout moment choisir de retourner dans le centre hospitalier pour votre suivi et ce, sans avoir à vous justifier.**

A chaque consultation, votre médecin de ville tiendra informé le centre de votre état de santé.

Votre médecin de ville assurera entièrement votre suivi tous les 6 mois pendant les 5 années suivant le traitement initial puis tous les ans à vie.

Si votre médecin de ville le juge nécessaire, le centre vous reprendra en charge dans les meilleurs délais.

Tout au long de votre prise en charge dans le cadre du réseau, le respect de votre vie privée ainsi que le secret de l'ensemble des informations vous concernant sont garantis. Des informations peuvent être échangées entre professionnels de santé, si toutefois vous ne vous opposez pas à cette circulation d'informations. Vous pourrez à tout moment accéder à ces informations. Si ces données devaient faire l'objet d'études et/ou devaient être publiées, votre médecin vous en informerait. Votre anonymat serait préservé.

MADAME	DOCTEUR
.....
Accepte de participer à ce réseau de suivi et garde la possibilité d'interrompre cette participation à tout moment
Date et Signature	Date et Signature