

1.2. Documents à imprimer avant le premier entretien

1.2.1. Lettre informative pour le patient

Suivi longitudinal d'un patient chronique en Médecine générale du Bac 3 au Master 3
Département de Médecine Générale – U.L.B.

LETTRE INFORMATIVE POUR LE PATIENT

Cher Patient,

Nos étudiants en médecine réalisent au cours de leurs études des stages dans de nombreux services hospitaliers et chez plusieurs médecins généralistes. Ils n'ont donc malheureusement pas l'occasion de suivre l'évolution d'un patient sur le long terme. C'est la raison pour laquelle nous leurs proposons de choisir un patient lors de leur stage de médecine générale en fin de 3^{ème} année de médecine et ensuite de le rencontrer à 5 reprises au cours de leurs deux années de Master.

Vous avez été choisi par un de nos étudiants et nous tenons à vous remercier de votre participation.

En acceptant d'être « suivi » par cet étudiant, **vous vous engagez à le rencontrer au moins 5 fois au cours des 2 prochaines années** et de répondre à ses questions, lui permettant de remplir de manière **totale**ment anonymisée un dossier de santé informatisé permettant d'évaluer l'évolution de votre état de santé. Ce dossier sera totalement anonymisé c'est-à-dire qu'il sera impossible de vous identifier étant donné qu'il n'y aura ni votre nom ni vos coordonnées et uniquement votre année de naissance. Il sera consulté par les enseignants dans le cadre de l'évaluation du travail des étudiant.

Des contacts supplémentaires sont possibles au cas où un épisode aigu ou la progression d'un épisode chronique surviendraient. Pour des raisons de disponibilité, ces contacts supplémentaires éventuels peuvent se faire par téléphone.

Selon votre volonté et celle de votre médecin traitant, l'étudiant pourra vous rencontrer seul ou en sa présence, à votre domicile ou au cabinet. Il est bien évidemment tenu au secret professionnel.

Le projet respecte la réglementation en matière de protection des données personnelles (**RGPD**). Nous aimerions faire une recherche pédagogique pour évaluer l'impact de ce projet sur la formation des futurs médecins. Vous pouvez vous opposer à l'usage de vos données (anonymisées) pour la recherche. Des informations détaillées à ce sujet se trouvent en annexe.

Nous tenons une fois de plus à vous remercier de votre collaboration dans ce projet qui a pour but de former des étudiants en médecine en les mettant en situation réelle.

Vinciane Bellefontaine et Quentin Vanderhofstadt
Coordinateurs du projet

Annexe relative au réglementation en matière de protection des données personnelles (RGPD).

L'ULB se conforme au Règlement général sur la protection des données (RGPD) et attache une grande importance à la protection de vos données à caractère personnel. Cela signifie que les informations à caractère personnel que vous communiquerez à l'étudiant lors de vos divers entretiens seront exclusivement utilisées dans le cadre du projet patient chronique, pour la formation des étudiants et à des fins de recherche pédagogique. Vos données ne seront en aucun cas communiquées à des tiers. Les informations obtenues par l'étudiant seront traitées avec le soin spécifique requis par la réglementation. En outre, **une procédure d'anonymisation a été mise en place** pour garantir que les enseignants n'aient pas accès à votre identité ni à vos coordonnées. Tous les enseignants qui auront accès aux données encodées par l'étudiant sont avertis des limitations d'usage et de leur devoir de confidentialité vis-à-vis de celles - ci.

Toutes les questions relatives à ce projet peuvent être adressées à dmgulb@ulb.be, Madame Carine PUES, secrétaire du département de médecine générale de l'ULB.

Toutes vos questions sur la protection de vos données par l'ULB peuvent être envoyées au Délégué à la protection des données : rgpd@ulb.be.

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire.

1.2.2. Formulaire de demande de consentement pour participer au projet

Suivi longitudinal d'un patient chronique en Médecine générale du Bac 3 au Master 3
Département de Médecine Générale – U.L.B.

FORMULAIRE DE DEMANDE DE CONSENTEMENT ECLAIRE POUR PARTICIPER AU PROJET

Je soussigné(e), Mr / Mme

..... déclare
qu'après avoir reçu la lettre explicative et les informations relatives au projet, accepte d'être
suivi(e) par un étudiant en médecine pendant une période de deux ans et qu'il remplisse un
dossier de santé informatisé **ANONYMISE** avec les données que je lui transmettrais. J'accepte
que l'étudiant me recontacte au moins deux fois par an pour un entretien. Des contacts
supplémentaires sont possibles au cas où un épisode aigu ou la progression d'un épisode
chronique surviendraient.

Je consens à l'utilisation de mes données **anonymisées** à des fins de recherche pédagogique :
 Oui Non Je préfère être recontacté(e) à ce sujet

PATIENT :

NOM et PRENOM du patient :

.....
Coordonnées du patient :
.....
.....

Téléphone :

Lu et approuvé

Date et signature :

Etudiant en médecine :

NOM et PRENOM :

Téléphone :
.....

Date et signature :

Document à faire signer en deux exemplaires, un pour le patient et un à conserver
dans le Portfolio