

N° D'ORDRE :

CESSATION D'ACTIVITES MEDICALES

JE CESSE D'EXERCER EN DATE DU

JE SOUHAITE MAINTENIR MON INSCRIPTION AU TABLEAU **OUI** **NON**

MES DERNIERS LIEUX D'EXERCICE EN DATE SONT :

>

>

>

>

SI J'AI EXERCE TOUTES, OU UNE PARTIE DE, MES ACTIVITES AU SEIN D'UN GROUPEMENT, D'UN HÔPITAL, ETC., LA CONSERVATION DES DOSSIERS MEDICAUX ET LE SUIVI DES DEMANDES DE TRANSMISSION QUI SERONT FORMULEES PAR MES PATIENTS SONT ASSURES PAR L'INSTITUTION CONCERNEE ET/OU MES CONFRERES CONTINUANT A EXERCER – JE M'EN SUIS ASSURE AUPRES DU/DES MEDECIN(S) RESPONSABLE(S)

TOUTES MES ACTIVITES
(se reporter au cadre en p. 2)

UNE PARTIE DE MES ACTIVITES *(se reporter aux cadres en pp. 2 à 4)*

NON
(se reporter aux cadres en pp. 3 et 4)

MEDECINS A CONTACTER POUR CHACUNE DE CES ACTIVITES :

> Nom de l'institution/du groupement :

> Médecin responsable :

> Adresse postale :

> E-mails :

> Téléphones :

> Nom de l'institution/du groupement :

> Médecin responsable :

> Adresse postale :

> E-mails :

> Téléphones :

> Nom de l'institution/du groupement :

> Médecin responsable :

> Adresse postale :

> E-mails :

> Téléphones :

> Nom de l'institution/du groupement :

> Médecin responsable :

> Adresse postale :

> E-mails :

> Téléphones :

SI, PAR CONTRE, J'AI EXERCE UNE OU PLUSIEURS ACTIVITE(S) EN PRATIQUE PRIVEE, DES MESURES SPECIFIQUES ONT ÉTÉ PRISES POUR LES DOSSIERS MEDICAUX CONCERNES, ET SONT DETAILLEES DANS LES CADRES EN PAGES SUIVANTES *(plusieurs options sont possibles)*



J'ASSURERAI MOI-MÊME LA CONSERVATION DES DOSSIERS MEDICAUX ET LE SUIVI DES DEMANDES DE TRANSMISSION FORMULEES PAR LES PATIENTS. LES PATIENTS PEUVENT ME CONTACTER AUX COORDONNEES SUIVANTES :

> **Adresse postale** (*le cas échéant*) :

> **E-mails** :

> **Téléphones** :

JE PROCEDE A LA NUMERISATION DE MES DOSSIERS MEDICAUX ET VOUS REMETTRAI LE SUPPORT NUMERIQUE CONTENANT TOUTES LES DONNEES AU PLUS TÔT, AFIN QUE VOUS ASSURIEZ POUR MON COMPTE LE SUIVI DES DEMANDES FORMULEES PAR LES PATIENTS

MES DOSSIERS MEDICAUX SONT CONSERVES PAR LE CERCLE DE GARDE (*ou toute autre institution équivalente*) QUI ASSURERA POUR MON COMPTE LE SUIVI DES DEMANDES FORMULEES PAR LES PATIENTS

> **Nom de l'institution** :

> **Médecin responsable** :

> **Adresse postale** :

> **E-mails** :

> **Téléphones** :

MES DOSSIERS MEDICAUX SONT CONSERVES PAR MON OU MES CONFRERE(S) REPRENEUR(S) DE MON ACTIVITE MEDICALE, CELUI-CI (CEUX-CI) SE CHARGEANT POUR MON COMPTE DU SUIVI DES DEMANDES FORMULEES PAR LES PATIENTS

> **Médecin(s) à contacter** :

> **E-mails** :

> **Téléphones** :

MES DOSSIERS MEDICAUX SONT CONSERVES PAR UN TIERS QUI SE TIENT A VOTRE DISPOSITION POUR ORGANISER LES MODALITES DE TRANSMISSION EN CAS DE DEMANDES FORMULEES PAR LES PATIENTS

> Nom et prénom du dépositaire des dossiers :

> Adresse postale :

> E-mails :

> Téléphones :

J'AI PRIS D'AUTRES MESURES POUR MES DOSSIERS MEDICAUX (*à préciser ci-après*)

J'AI CONSCIENCE DU FAIT QUE MES DOSSIERS MEDICAUX DOIVENT ÊTRE CONSERVES PENDANT 30 ANS A DATER DU DERNIER CONTACT AVEC LE PATIENT.

LES MESURES PRISES POUR MES DOSSIERS SERONT D'APPLICATION DURANT L'ENSEMBLE DE CETTE PERIODE. LE CAS ECHEANT, DES MESURES DE SUBSTITUTION GARANTISSANT LE RESPECT DU SECRET MEDICAL SONT PREVUES
(ex. : mesures prévues et discutées avec mes héritiers)

FAIT A

LE

NOM :

SIGNATURE :