

Formulaire de demande de fermeture du Dossier de Soins Partagé (DSP)

à remplir et à renvoyer par email à « confidentiel.sante@esante.lu »
ou par envoi postal à « Agence eSanté, Pôle information médicale – B.P. 2511 - L-1025 Luxembourg »

Note à lire attentivement avant l'envoi de ce formulaire

Ce formulaire s'adresse aux personnes bénéficiant d'un Dossier de Soins Partagé (DSP) et qui souhaitent demander sa fermeture. Il sera toujours possible de demander la réouverture de son DSP ultérieurement (voir les modalités sur www.esante.lu).

Le DSP est conçu pour optimiser la continuité et la coordination des soins entre divers professionnels de santé au Luxembourg, en regroupant en un endroit sécurisé une sélection de données médicales utiles et pertinentes. La fermeture de votre DSP complexifiera donc les échanges et partages d'informations de santé vous concernant entre les différents professionnels de santé vous prenant en charge. Avant d'envoyer votre demande, nous vous conseillons vivement de discuter des conséquences de cette fermeture avec votre médecin ou les professionnels de santé vous prenant en charge.

Attention : si vous avez signé une déclaration Médecin Référent, la fermeture de votre DSP mettra fin à ladite déclaration.

Sachez qu'il vous est également possible de fermer très rapidement votre DSP en ligne en utilisant les codes d'activation que vous avez reçu par courrier. Tout formulaire illisible ou incomplet ne sera pas traité par l'Agence eSanté et sera renvoyé à son expéditeur.

Demande de fermeture du Dossier de Soins Partagé (DSP) de :

1	Identifiant National (Matricule)*		2	Civilité	Mme. ☐ M. ☐
3	Nom de naissance*		4	Prénom(s)*	
5	Date de naissance *	JJ/MM/AAAA	6	Numéro de téléphone	
7	Adresse e-mail		8	Adresse postale	

* Les informations doivent être obligatoirement renseignées

9. Indiquez le motif de la demande de fermeture de votre DSP (optionnel)

--

Pièces à fournir obligatoirement :

- Copie de la carte d'identité, carte de séjour ou passeport ☐
- Copie de la carte de sécurité sociale ☐

Si la demande est formulée par le représentant légal du titulaire du DSP à fermer :

- Prénom et Nom du représentant légal demandeur :
- Copie de la pièce d'identité du représentant légal ☐
- Copie d'une pièce justifiant l'autorité légale de cette personne* ☐

* Pour les parents divorcés/séparés ou tuteurs

Cadre réservé à l'Agence eSanté

Fermé le :

Ticket :

Nom de l'agent eSanté:

10. Recopiez la mention ci-dessous, datez et signez le formulaire

« Je demande la fermeture de mon DSP et reconnais avoir pris connaissance des conséquences. » Si la demande est formulée par le représentant légal du titulaire du DSP à fermer, recopier cette mention : « Je soussigné(e) (Nom et Prénom), agissant en qualité de représentant légal de (Nom et Prénom), demande la fermeture de son DSP en toute connaissance des conséquences. »	Le / / Signature du demandeur
---	---

Les données à caractère personnel sont collectées et traitées par l'Agence eSanté, responsable du traitement du DSP, conformément au Règlement (UE) 2016/679 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. Vous pouvez faire valoir à tout moment votre droit d'accès à vos données, de retrait de votre consentement, et de rectification ou de suppression de vos données, en contactant le Délégué à la Protection des Données (DPO) à privacy@esante.lu.

Notice explicative (Ne pas renvoyer) Formulaire de demande de fermeture du DSP

1. Informations générales

L'Agence eSanté est l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé au Luxembourg. Elle a été mise en place par la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de santé et introduisant les articles **60ter, 60quater du Code de la sécurité sociale et du Règlement Grand-Ducal du 06/12/2019**.

Dans le cadre de ses missions, l'Agence eSanté tient à la disposition des prestataires de santé et de tout patient entrant dans le système de santé luxembourgeois, un Dossier de Soins Partagé (DSP). Le DSP centralise les données médicales et autres informations utiles et pertinentes concernant le patient. Il a pour but de favoriser la sécurité, la continuité et la coordination des soins de ce même patient. Il permet également une utilisation efficiente des services de soins de santé au Luxembourg.

Le formulaire ci-joint permet à toute personne disposant d'un DSP, le cas échéant en se faisant représenter, de faire une demande de fermeture de son DSP. Cette démarche est également accessible électroniquement sur www.esante.lu rubrique «Je m'informe – services patient - le DSP ». La fermeture d'un DSP est une procédure réversible à tout moment. Chaque patient peut revenir sur sa décision et demander la (ré)ouverture de son DSP.

Les données reprises sur ce formulaire, comme toutes les pièces justificatives communiquées, sont collectées et conservées par l'Agence eSanté, responsable du traitement du DSP conformément au Règlement (UE) 2016/679 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. Vous pouvez exercer vos droits en ligne ou en contactant l'Agence eSanté à l'adresse privacy@esante.lu

Les conséquences liées à la fermeture d'un DSP :

- Les résultats ou compte rendus d'examens (biologie, imagerie ...) ne seront plus dans le DSP. Le patient doit alors s'enquérir auprès des professionnels de santé consultés, s'ils ont bien reçu les résultats et compte-rendus nécessaires à sa prise en charge.
- En cas d'urgence vitale, les professionnels de santé des services d'urgence n'auront plus accès à l'historique des documents contenus dans le DSP, complexifiant la prise en charge personnelle du patient.
- Le patient ne peut plus prendre connaissance de son parcours de soins dans son ensemble, ni même les professionnels de santé assurant son suivi médical.
- La déclaration médecin référent signée par le patient et le médecin référent concerné est résiliée.

Comme toute **prise en charge est unique et individualisée, discutez de votre décision de fermeture de votre DSP** avec votre médecin référent ou les professionnels de santé qui vous suivent.

2. Comment remplir ce formulaire ?

Les informations obligatoires pour traiter votre demande sont identifiées par le signe *. Le formulaire doit être complété de manière lisible afin d'assurer son traitement par l'Agence eSanté. Seul l'original doit nous parvenir.

- (1) *Identifiant National (Matricule) : Il s'agit du numéro à 13 chiffres inscrit sur votre carte de sécurité sociale.
- (2) Vous pouvez indiquer votre civilité: Mme (Madame), M. (Monsieur)
- (3) *Veuillez indiquer votre nom de naissance en lettres capitales tel qu'inscrit sur la copie de la carte d'identité valide qui accompagne votre formulaire de demande de fermeture du DSP
- (4) *Veuillez indiquer votre prénom de naissance en lettres capitales tel qu'inscrit sur la copie de la carte d'identité valide qui accompagne votre formulaire de demande de fermeture du DSP.
- (5) *Veuillez indiquer votre date de naissance telle qu'inscrite sur la copie de la carte d'identité valide qui accompagne votre formulaire de demande de fermeture du DSP.

Notre Helpdesk est à votre écoute de 8h00 à 18h00 au (+352) 27 12 50 18 33

- (6) Vous pouvez indiquer votre numéro de téléphone fixe actuel ou votre numéro de téléphone mobile pour pouvoir être contacté par l'Agence eSanté et être tenu informé du traitement de votre demande.
- (7) Vous pouvez indiquer votre adresse email pour pouvoir être contacté par l'Agence eSanté et être tenu informé du traitement de votre demande.
- (8) Vous pouvez indiquer votre adresse de résidence.
- (9) Vous pouvez indiquer le motif de fermeture de votre DSP, cette information va permettre à l'Agence eSanté d'évaluer la période de mise en œuvre du DSP.
- (10) *Veuillez obligatoirement apposer votre signature suivie de la date et recopier la mention manuscrite suivante: « **Je demande la fermeture de mon DSP et reconnais avoir pris connaissance des conséquences** ».

Dans le cas où la demande est faite par un représentant légal du titulaire du DSP (par exemple un mineur), le représentant devra recopier la mention suivante : « **Je soussigné(e) Madame/ Monsieur (Indiquer le Nom et Prénom), agissant en qualité de représentant légal de (Indiquer le nom et prénom du bénéficiaire du DSP) demande la fermeture de son DSP en toute connaissance des conséquences.** »*

3. A qui envoyer ce formulaire ?

L'original du formulaire, dûment complété et signé, doit être envoyé par courrier postal auprès du Pôle Information médicale de l'Agence eSanté ou envoyer par email à « confidentiel.sante@esante.lu ». Votre demande sera réceptionnée et traitée par le médecin responsable de ce pôle.

L'envoi par courrier postal recommandé avec accusé de réception est fortement recommandé.

L'adresse d'envoi est : Agence eSanté, Pôle information médicale – B.P. 2511 - L-1025 Luxembourg.

Le formulaire doit obligatoirement être accompagné des pièces justificatives suivantes :

- Une photocopie d'un justificatif d'identité valide (carte d'identité, carte de séjour ou passeport).
- Une photocopie de votre carte de sécurité sociale
- Pièces justificatives complémentaires si le demandeur est son représentant légal (articles 12 à 14 de la loi du 24.07.2014 relative aux droits et obligations du patient) :
 - Une photocopie d'une pièce d'identité valide du représentant
 - Une photocopie de la pièce légale établissant l'autorité parentale, la tutelle, ou la qualité de personne de confiance

4. Besoin d'aide ?

Consultez notre portail www.esante.lu - rubrique «Je m'informe – services patient – le DSP». Vous y trouverez plaquettes d'information, vidéos explicatives, liste de questions-réponses les plus fréquentes, manuels d'utilisation...

Contactez notre Helpdesk multilingue :

- par téléphone : +352 27 12 50 18 33
- par la rubrique *Besoin d'aide* :



Vous pouvez également contacter le médecin responsable de l'Agence eSanté par email : confidentiel.sante@esante.lu