**Avenant numéro : ……….**

A la

**Convention d’accès aux données de santé à caractère personnel mises à disposition par l’ATIH sur la plateforme des données hospitalières**

Raison Sociale de l’organisme :

Le Responsable de traitement :

« Nom du Responsable de traitement »

« Adresse du Responsable de traitement »

Informe l’ATIH qu’il a commandé le(les) traitement(s) listé(s) ci-dessous au(x) responsable(s) de mise en œuvre indiqué(s) dans le tableau et s’engage à mettre à jour cette liste lors de nouvelles commandes de traitements.

Ces traitements doivent s’inscrire :

* dans les missions de l’organisme pour les ARS, le ministère de la santé ou les agences nationales
* dans les finalités de la MR005 pour les Fédérations hospitalières ou les établissements de santé ayant un accès au serveur ATIH

Les études ne répondant pas à ces conditions doivent faire l’objet d’un dépôt auprès du Health Data Hub pour examen par le CESREES et autorisation de la Cnil. Une convention spécifique devra ensuite être signée entre la structure et l’ATIH.

**Liste des travaux que le Responsable de traitement demande au(x) Responsable(s) de mise en œuvre**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Champ du PMSI (à cocher)** |  |
| **Raison sociale du Responsable de mise en œuvre**  | **Objet du traitement** | **MCO** | **HAD** | **SSR** | **Psychiatrie** | **Année(s) PMSI concernée(s)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Fait à Lyon, en deux exemplaires originaux, le

« Le représentant du Responsable de traitement », « le directeur général de l’ATIH »

« Nom du représentant » Monsieur Housseyni Holla