



Grand Conseil
Secrétariat général
Pl. du Château 6
1014 Lausanne

Interpellation

(formulaire de dépôt)

A remplir par le Secrétariat du Grand Conseil

N° de tiré à part : 18-INT-096

Déposé le : 16.01.18

Scanné le : _____

Art. 115 et 116 LGC L'interpellation est une demande d'explications ou de précisions adressée au CE sur un fait du gouvernement ou de son administration. Elle porte sur une compétence propre ou déléguée du CE et peut être développée oralement devant le GC. Les questions qu'elle contient sont exprimées de telle manière que le CE puisse y répondre et sont suffisamment précises pour qu'une réponse courte y soit apportée dans le délai légal (attention : ne pas demander un rapport, auquel cas il s'agit d'un postulat).

Délai de réponse dès le renvoi au CE : trois mois.

Le secret médical devient-il la propriété de tout un chacun ?

Transport handicap (ci-après TH) est une institution qui rend des services appréciés.

TH est subventionné par différentes collectivités publiques.

TH se montre dès lors très pointilleux et veille à ce que les formulaires qui sollicitent son aide, soient impérativement et scrupuleusement remplis.

Fin 2017, des formulaires ont changé et un de ceux-ci, intitulé « Certificat médical », outre qu'il prévoit quelques cases plus ou moins diagnostiques à cocher, réserve expressément une ligne intitulée « Diagnostic » qu'il s'agit de remplir, comme le rappel en pied de page, le formulaire.

Malheureusement il existe actuellement une tendance forte, à voir de nombreux milieux estimer légitime, de s'approprier tout ou partie du diagnostic médical des individus, sans avoir pu en prouver la nécessité et sans se formaliser du consentement éclairé du client ; sous prétexte de son bonheur évidemment.

Nous désirons poser au Conseil d'Etat les questions suivantes :

1. Quelles bases légales permettent-elles à TH d'exiger le diagnostic des transportés à sa charge ?
2. Le Conseil de Santé s'est-il déterminé et comment ?
3. Le préposé à la protection des données personnelles a-t-il été consulté ?
4. Si les bases légales sont inexistantes et que la réponse aux points 2 et 3 est négative, quelles mesures immédiates le Conseil d'Etat entend-t-il prendre ?
5. Comment le Conseil d'Etat et son Administration, veillent-ils à garantir aux vaudois une protection adéquate du secret médical, conformément à la loi ?

Commentaire(s)

Conclusions

Souhaite développer



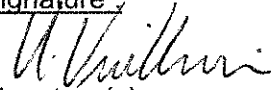
Ne souhaite pas développer



Nom et prénom de l'auteur :

Vuillemin Philippe, député.

Signature :



Nom(s) et prénom(s) du (des) consort(s) :

Signature(s) :

Merci d'envoyer une copie à la boîte mail du Bulletin : bulletin.grandconseil@vd.ch

TRANSPORT HANDICAP VAUD

Certificat médical

N° dossier THV :

Nom _____	Prénom _____	H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Date de naissance _____	N° AVS _____	
Adresse _____	NPA et localité _____	
Institution de résidence _____	Unité/bâtiment _____	
Adresse _____	NPA et localité _____	
Assurance _____	N° d'affilié _____	

Son handicap ne permet pas à la personne susmentionnée de se déplacer à l'aide de transports publics. Sa prise en charge nécessite expressément l'utilisation des services fournis par Transport Handicap Vaud.

Surveillance nécessaire pendant le transport ? oui non **Si oui, à prévoir par le client**

Certificat valable du _____ au _____ validité 1 an

Indications médicales*

Handicap Physique (préciser)	<input type="checkbox"/>	Malvoyant/aveugle	<input type="checkbox"/>
Épileptique	<input type="checkbox"/>	Dialyses	<input type="checkbox"/>
Mental/psychique	<input type="checkbox"/>	Alzheimer/pertes de mémoire	<input type="checkbox"/>
Accident	<input type="checkbox"/>		

Diagnostic : _____

Moyens auxiliaires

Fauteuil roulant électrique	<input type="checkbox"/>	Tintébin/rollator	<input type="checkbox"/>
Fauteuil roulant manuel	<input type="checkbox"/>	Déambulateur (marchette)	<input type="checkbox"/>
Béquilles/cannes	<input type="checkbox"/>	Oxygène (O ²)	<input type="checkbox"/>

Lieu _____ Date _____

Tampon et signature du médecin (obligatoire)

* Ce document doit impérativement être daté et signé par le médecin.

À compléter par THV

Droit PC oui non Dès le _____ en cours PC Lausanne PC Vevey

Droit aux bons oui non Sur commune de _____ Nombre _____

Début du droit _____ Fin du droit _____

Formulaire utilisé depuis
de nombreuses années.

HANDICAP

DOSSIER CLIENT

Rte de la Clochette 69, Case postale 95, 1052 Le Mont-sur Lausanne - Tél. 021/648.53.53 - Fax 021/648.53.55 - Code créancier : E82412

Nous ne pourrons pas exécuter vos ordres de transport avant la réception de ce dossier entièrement rempli et signé par le médecin. Il va de soi que, les données ci-dessous, resteront strictement confidentielles

Nom	_____			Prénom	_____	
Rue + N°	_____			N° postal/localité	_____	
N° téléphone	_____	N° mobile	_____	Etage	_____	
Email	_____			Commune du domicile légal (inscription au contrôle des habitants)	_____	
Sexe	homme <input type="checkbox"/>	_____	Date de naissance	_____	N° AVS	_____
Date du handicap	femme <input type="checkbox"/>	_____	Etes-vous en chaise roulante ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	_____	
Etes-vous au bénéfice de l'AI (ass. Inva ^{aliments}) joindre copie de la décision			oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Etes-vous au bénéfice des PC (prestations complémentaires)		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Personne de référence (entourage)	_____	N° téléphone	_____
long séjour <input type="checkbox"/>	_____	_____	
EMS de résidence	_____	Adresse	_____
court séjour <input type="checkbox"/>	_____	_____	
CMS de référence	_____	Référent(e)	_____
Médecin traitant	_____	N° téléphone	_____
Adresse	_____	_____	
Facturation (institution, tiers, tuteur, etc.) - nom et adresse	_____		
Assurance maladie	_____	N° d'affilié :	_____
		Depuis :	_____

CERTIFICAT MEDICAL (à signer par le médecin)

Son handicap ne permet que difficilement à la personne susmentionnée de se déplacer à l'aide des transports en publics. Sa prise en charge particulière nécessite l'utilisation des moyens adaptés fournis par Transport Handicap Vaud comprenant : **La prise en charge au lieu de vie, le transport et l'accompagnement jusqu'à destination.**

Pour la sécurité et la surveillance durant le trajet, le transport sera effectué au moyen d'un fauteuil roulant. (à cocher par le médecin) ✓

CERTIFICAT VALABLE DU

AU

CERTIFICAT PERMANENT ✓

(à la demande des tiers payeurs, ce certificat doit être renouvelé chaque année)

TIMBRE ET SIGNATURE DU MEDECIN (obligatoire)

Lieu et date _____