**Avenant numéro : ……….**

A la

**Convention d’accès aux données PMSI sur la plateforme d’accès sécurisé ATIH**

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 de l’INDS pour examen par le CEREES et autorisation de la Cnil (<https://www.indsante.fr/fr/en-pratique-demande-dacces-aux-donnees-de-sante>). 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)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

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