



FORMULAIRE D'INFORMATION POUR LES ADULTES SOUS TUTELLE

Ce document concerne les adultes sous tutelle non accompagnés de leur représentant légal lors de l'Examen Périodique de Santé (EPS).

Il doit être rempli par le consultant lors d'un entretien individuel avec un médecin de prévention le jour de l'EPS

Je soussigné(e),

Mme, M. Nom _____ Prénom _____

Demeurant à _____

Né(e) le _____

Sous tutelle depuis le _____

Nom du tuteur _____

Organisme _____

J'ai pris connaissance du contenu et du déroulement de l'EPS :

- au travers du document d'information « Guide du consultant » qui m'a été remis
- et de l'entretien avec le Dr _____

J'ai pris acte :

- que je serai destinataire des résultats de l'EPS
- que j'ai le droit d'accéder à mon dossier médical directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de mon choix, et au besoin de rectifier les informations me concernant,
- que je serai informé(e), selon mes facultés de compréhension, du déroulement et des résultats de mon examen par le personnel de l'UC-CMP.

Je consens, en conséquence, à réaliser un Examen Périodique de Santé.

TSVP ➔



FORMULAIRE D'INFORMATION POUR LES ADULTES SOUS TUTELLE

Ce document concerne les adultes sous tutelle non accompagnés de leur représentant légal lors de l'Examen Périodique de Santé (EPS).

Il doit être rempli par le consultant lors d'un entretien individuel avec un médecin de prévention le jour de l'EPS

Je soussigné(e),

Mme, M. Nom _____ Prénom _____

Demeurant à _____

Né(e) le _____

Sous tutelle depuis le _____

Nom du tuteur _____

Organisme _____

J'ai pris connaissance du contenu et du déroulement de l'EPS :

- au travers du document d'information « Guide du consultant » qui m'a été remis
- et de l'entretien avec le Dr _____

J'ai pris acte :

- que je serai destinataire des résultats de l'EPS
- que j'ai le droit d'accéder à mon dossier médical directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de mon choix, et au besoin de rectifier les informations me concernant,
- que je serai informé(e), selon mes facultés de compréhension, du déroulement et des résultats de mon examen par le personnel de l'UC-CMP.

Je consens, en conséquence, à réaliser un Examen Périodique de Santé.

TSVP ➔

Je souhaite que les résultats soient également envoyés :

- **Au médecin traitant déclaré à la Sécurité Sociale** ☐ Oui ☐ Non

Nom du Médecin _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

- **A un professionnel de santé de la structure, si le bénéficiaire de l'EPS réside en institution médico-sociale** ☐ Oui ☐ Non

Date et signature du consultant :

Le médecin de prévention :

Nom : _____

J'ai informé M/Mme _____ du contenu de l'EPS :

- Cette personne a bien compris ce qui va être réalisé et cela correspond à ses attentes: ☐

OU

- La réalisation de l'EPS nécessite l'autorisation d'un « mandataire judiciaire » : ☐

Signature du médecin de prévention :

Vos droits reposent sur la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n° 2016-1321 du 7 octobre 2016 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et sur la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Vous avez le droit d'accéder à l'ensemble des informations vous concernant et demander à ce qu'elles soient rectifiées, complétées, mises à jour ou effacées.

Pour tout renseignement, veuillez-vous adresser à Monsieur le Directeur du Centre de Médecine Préventive, 2 rue du Doyen Jacques Parisot - 54500 Vandœuvre-lès-Nancy

Je souhaite que les résultats soient également envoyés :

- **Au médecin traitant déclaré à la Sécurité Sociale** ☐ Oui ☐ Non

Nom du Médecin _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

- **A un professionnel de santé de la structure, si le bénéficiaire de l'EPS réside en institution médico-sociale** ☐ Oui ☐ Non

Date et signature du consultant :

Le médecin de prévention :

Nom : _____

J'ai informé M/Mme _____ du contenu de l'EPS :

- Cette personne a bien compris ce qui va être réalisé et cela correspond à ses attentes: ☐

OU

- La réalisation de l'EPS nécessite l'autorisation d'un « mandataire judiciaire » : ☐

Signature du médecin de prévention :

Vos droits reposent sur la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n° 2016-1321 du 7 octobre 2016 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et sur la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Vous avez le droit d'accéder à l'ensemble des informations vous concernant et demander à ce qu'elles soient rectifiées, complétées, mises à jour ou effacées.

Pour tout renseignement, veuillez-vous adresser à Monsieur le Directeur du Centre de Médecine Préventive, 2 rue du Doyen Jacques Parisot - 54500 Vandœuvre-lès-Nancy