l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Centre de Médecine Préventive

Document à compléter et à apporter le jour de votre examen

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT SUR L'EXAMEN DE PRÉVENTION EN SANTÉ

A. INFORMATION SUR L'EXAMEN DE PRÉVENTION EN SANTÉ

L'examen de prévention en santé que vous allez réaliser va se dérouler ainsi :

1. ACCUEIL ET ACCOMPAGNEMENT

- A votre arrivée, **un agent d'accueil vous demandera un titre d'identité à haut niveau de confiance** *(carte nationale d'identité, passeport ou titre de séjour. En présence d'enfants, livret de famille ou extrait de naissance)* **et vérifiera votre Identité Nationale de Santé (INS).**
- Au cours de votre parcours, **il fera le point sur vos droits en santé et vous accompagnera, si besoin, dans vos démarches d'accès aux droits et aux soins** *(carte vitale, complémentaire santé, parcours de soins coordonnés, activation de « Mon Espace Santé »...)*.

2. ENTRETIENS ET EXAMENS

- **Le médecin vous examinera.**
- **Il décidera**, selon votre âge, votre sexe, vos facteurs de risque et votre suivi médical ou dentaire, **s'il faut prescrire des examens complémentaires** *(prise de sang, examen buccodentaire, audition, prise de tension artérielle, frottis, électrocardiogramme...)* **et réaliser éventuellement un dépistage des infections sexuellement transmissibles**.
- Vous pourrez **aborder avec le médecin et l'infirmière les questions santé qui vous préoccupent et obtenir des réponses et conseils personnalisés. Ensemble, vous examinerez vos habitudes de vie et identifierez les comportements favorables à votre santé.**
- Vous pourrez, si vous souhaitez, **mettre à jour vos vaccins.**
- Enfin, **les professionnels de santé envisageront avec vous les suites à donner** à votre examen de prévention en santé **et pourront, selon la situation, vous orienter.**
- L'ensemble des résultats de votre examen sera intégré dans « Mon Espace Santé » et **pourra, avec votre accord** (sauf en cas de résultats préoccupants ou critiques), **être envoyé à votre médecin traitant.**
- Nos professionnels pourront éventuellement être amenés à vous contacter pour faire un point suite à votre examen.

3. ORIENTATIONS

Selon les suites à donner à votre examen de santé, avec votre accord, vous pourrez être orienté(e) vers votre médecin traitant ou vers :

- **des programmes de prévention** :
  - éducation à la santé sur les thèmes alimentation, activité physique, tabac...
  - éducation thérapeutique du patient en cas de maladie chronique (diabète, BPCO...) ou de facteurs de risque cardiovasculaire,
  - entretien individuel de prévention sur les thèmes nutrition, tabac...
  - aide à l'arrêt du tabac,
- **les dépistages organisés proposés dans votre région** *(cancers du sein, du col de l'utérus ou cancer colorectal),*
- **des structures de prise en charge** *(addictions, diététique, mémoire, équilibre...)*,
- **un service de la CPAM ou un travailleur social** pour un accompagnement aux soins.

Ce parcours au sein du Centre de Médecine Préventive (UC-CMP) implique la constitution d'un dossier médical. **Les données médicales contenues dans ce dossier restent strictement à l'UC-CMP et ne sont transmises qu'aux professionnels de santé qui interviennent dans le cadre de la réalisation de votre examen.** Ainsi, certaines données sont transmises à nos prestataires externes :

- au centre de lecture BANOOK GROUP de Nancy, si un électrocardiogramme est réalisé,
- à l'Institut de Cancérologie de Lorraine (ICL) et au Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC), si un prélèvement gynécologique est réalisé,
- au CRCDC également, si un kit de dépistage du cancer colorectal vous est remis.

Si vous ne souhaitez pas que ces informations soient traitées/collectées par ces partenaires, l'UC-Centre de Médecine Préventive ne sera pas en mesure de réaliser ces deux examens.

Si vous êtes d'accord avec les modalités de l'examen de prévention en santé, nous vous invitons à remplir au dos de ce formulaire la partie « Consentement à l'examen de prévention en santé ».

Tournez svp ▶

B. CONSENTEMENT À L'EXAMEN DE PRÉVENTION EN SANTÉ

Etiquette avec code-barres

Je soussigné(e),

○ Mme ○ M. Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Tél. fixe ..... Tél. portable .....

Email ..... @ .....

déclare avoir été informé(e) des conditions de réalisation de l'examen de prévention en santé et des autres programmes de prévention, ainsi que de l'envoi de l'ensemble des résultats dans « *Mon Espace Santé* »[1],

autorise le Centre de Médecine Préventive à réaliser un examen de prévention en santé pour :
(merci de ne cocher qu'une seule case et de compléter un consentement par mineur/majeur dont vous êtes le représentant légal)

☐ Moi-même

☐ Le mineur/majeur dont je suis le représentant légal :

Nom ..... Prénom .....

Sexe : ○ F ○ M Date de naissance ..... / ..... / .....

○ Autorise la **vaccination de rattrapage**[2] au cours de l'examen de prévention en santé.

En complément, merci de renseigner si vous souhaitez que l'ensemble de vos résultats soient également transmis à votre médecin traitant et/ou au service médical de l'institution où réside le bénéficiaire :

☐ J'autorise l'envoi de l'ensemble des résultats au **médecin traitant** désigné ci-dessous :
(Précisez les nom, prénom et adresse du médecin traitant)

.....

.....

☐ J'autorise l'envoi de l'ensemble des résultats au **service médical** de l'institution médico-sociale où réside le bénéficiaire de l'examen de santé.

Fait à :
Le :

Signature obligatoire
(et tampon si structure administrative)

(1) Sauf cas particuliers : mineur non accompagné, opposition à l'ouverture de Mon Espace Santé, INS non qualifiée...

(2) https://vaccination-info-service.fr/Questions-frequentes/Questions-pratiques/Dois-je-me-faire-vacciner/Avoir-ses-vaccins-a-jour-faire-un-rattrapage-vaccinal-qu-est-ce-que-ca-veut-dire

vaccination-info-service.fr

L'Assurance maladie propose à ses assurés la réalisation de l'examen de prévention en santé et son suivi en centre d'examens de santé. Cet examen implique un traitement de données à caractère personnel vous concernant, dont la mise en oeuvre est nécessaire au respect d'une mission d'intérêt public. Les données nécessaires au traitement de votre dossier sont transmises aux professionnels intervenant dans votre examen. Sauf opposition de votre part, vos données pourront être utilisées à des fins d'évaluation du service par l'Assurance Maladie ou par ses prestataires. Elles sont conservées au maximum vingt ans, à compter de votre dernière venue au centre, puis sont détruites.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux données qui vous concernent. Ces droits s'exercent sur demande écrite auprès du Directeur de l'UC-CMP ou de son (sa) Délégué(e) à la Protection des Données. En cas de difficultés dans la mise en oeuvre des droits énoncés ci-dessus, vous pouvez introduire une réclamation auprès de l'autorité indépendante en charge du respect de la protection des données personnelles à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés – CNIL – 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07. Retrouvez toutes nos mentions d'information sur notre site internet : https://www.uc-cmp.fr/protection-des-donnees-personnelles.