



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...).

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 vous sera adressé à votre domicile et **pourra, avec votre accord** (sauf en cas de résultats préoccupants ou critiques), **être envoyé à votre médecin traitant.**
- **Vos résultats biologiques seront intégrés dans « Mon espace santé ».**
- 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 ou tabac,
 - éducation thérapeutique du patient en cas de maladie chronique (diabète, BPCO...) ou de facteurs de risque cardiovasculaire,
 - 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 CARDIABASE 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 ».

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 ainsi que de l'envoi de l'ensemble des résultats de l'examen de santé à mon domicile,

autorise le Centre de Médecine Préventive à réaliser un examen de prévention en santé pour :

Moi-même

Le mineur/majeur dont je suis le représentant légal :

Nom Prénom

Sexe : F M Date de naissance / /

Autorise la **vaccination de rattrapage*** au cours de l'examen de prévention en santé.

En complément, merci de renseigner si vous souhaitez que les résultats de votre examen de prévention soient également transmis à votre médecin traitant ou au service médical (si résident en institut) :

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

.....
.....

J'autorise l'envoi de l'ensemble des résultats d'examen 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)

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 votre organisme de rattachement 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.



*<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>