

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
TELERADIOLOGIE

Je soussigné(e) : M^e, M^{lle}, M. (rayer les mentions inutiles)

NOM Prénom.....

Cocher la case correspondant à votre situation accepte librement que le CH puisse utiliser des dispositifs de téléradiologie pour assurer l'interprétation des clichés me concernant:

- accepte librement que le CH puisse utiliser des dispositifs de téléradiologie pour assurer l'interprétation des clichés concernant :

NOM Prénom :

Nom et prénom du téléradiologue:

Etant entendu que:

- Le médecin qui m'a informé et a répondu à toutes mes questions, m'a précisé que cette participation est libre et que mon droit de retrait peut s'exercer à tout moment, - J'ai compris l'ensemble des informations qui m'ont été délivrées,
- J'ai posé toutes les questions nécessaires à leur bonne compréhension et obtenu des réponses claires et satisfaisantes,
- J'ai bénéficié d'un examen médical préalable dont les résultats m'ont été communiqués,
- Je peux retirer à tout moment mon consentement,
- Le radiologue en charge de l'interprétation de mon examen exerce nominativement dans le cadre légal ; il est joignable en cas de besoin,
- Mon consentement ne décharge en rien le ses responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

J'accepte que les données enregistrées puissent faire l'objet d'un traitement informatisé. J'ai bien noté que le droit d'accès prévu par la CNIL (loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (art. 39)) s'exerce à tout moment auprès du médecin qui me suit et qui connaît mon identité. Je pourrai exercer mon droit de rectification et d'opposition auprès de ce même médecin.

Fait à

Date

Signature

Signature du médecin qui atteste avoir pleinement expliqué à la personne signataire le but, les modalités ainsi que les risques potentiels.

Date .

Nom .

Signature

Ce document est à réaliser en 2 exemplaires originaux.

FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENT DU PATIENT