

**CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC**

**Docteurs Jean Pierre PAUGAM - Yann MARTIN**

**Anne Claire NOTARI LEFEVRE - Caroline NOEL - Laurie BEGAUD -**

**Imane EL MADROUCHI – Mohamed RIFFI**

**SCP de médecins**

**ECHOGRAPHIE – MAMMOGRAPHIE – DOPPLER – SCANNER – IRM**

**41 Quai de Juillet – 14000 CAEN**

**Tel : 02 31 82 56 56**

## **Recueil de consentement**

Afin de nous permettre de réaliser votre examen selon le principe de la Téléradiologie nous devons recueillir votre consentement, conformément aux instructions de la Commission Nationale de l'informatique et des Libertés (CNIL).

En cas de refus, nous devons vous fixer un autre rendez-vous en présence d'un radiologue si possible.

Je soussigné(e)

Nom, prénom :

Né(e) le :

Adresse :

N° de téléphone :

AUTORISE le dispositif de Téléradiologie pour l'interprétation de mon examen d'imagerie  
Rendez-vous le ..... (date) à ..... (heure)

J'ai reçu les informations nécessaires concernant les modalités de prise en charge en téléradiologie, et consens librement à prendre cet engagement. J'accepte également que les documents relatifs à cet examen, nécessaires à ma prise en charge, soient conservés par les partenaires d'imagerie médicale.

REFUSE le dispositif de téléradiologie

Fait à .....le.....

IMPOSSIBILITE de recueillir le consentement Le .....

Nom et signature :