

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 àle.....

IMPOSSIBILITE de recueillir le consentement Le

Nom et signature :