

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES SUR L'EXAMEN DE PREVENTION EN SANTE ET AUTORISATIONS POUR LA REALISATION DE L'EXAMEN DE PREVENTION EN SANTE

Madame, Monsieur,

Nous invitons la personne que vous représentez à bénéficier d'un examen de prévention en santé (EPS) dans notre centre.

Au cours de cet examen de prévention en santé, la personne que vous représentez va rencontrer plusieurs professionnels : agent d'accueil, médecin, dentiste et infirmier.

A son arrivée, elle est reçue par un agent d'accueil qui fait le point sur ses droits en santé et l'accompagne si besoin dans ses démarches (carte vitale, complémentaire santé, déclaration médecin traitant, ...).

Ensuite, elle rencontre les professionnels de santé du centre. Des examens médicaux et des analyses biologiques lui sont proposés selon sa situation (prise de sang, examen bucco-dentaire, test de dépistage, audition, souffle, poids, tension artérielle, vaccination de rattrapage...).

Elle bénéficie d'une consultation médicale. Le médecin, commente les résultats de ses examens, et envisage, en concertation avec elle, les suites à donner à son examen de prévention en santé. Le compte-rendu de son examen est envoyé à son médecin traitant avec votre accord. Vous pouvez être contacté(e) par le centre d'examens de santé (CES) pour faire un point suite à cet examen, ou lorsque les résultats ne sont pas disponibles immédiatement et nécessitent de vous recontacter.

Ce parcours au sein du CES implique la constitution d'un dossier médical. **Les informations qui sont contenues dans ce dossier restent strictement au CES et ne sont transmises qu'aux professionnels de santé qui interviennent dans le cadre de la réalisation de l'examen.** Ainsi, sauf opposition de votre part des données sont transmises au laboratoire d'analyses médicales **UCCMP Nancy** si des analyses biologiques sont nécessaires.

Il est possible de (voir au verso) :

- **Retirer** votre autorisation à la réalisation d'un EPS ;
- **Refuser** la transmission du compte-rendu au médecin traitant.

Pour toute question, vous pouvez contacter le centre d'examens de santé de votre choix.

Site de **Mulhouse** :

☎ 03.68.47.96.00

✉ [ces-mulhouse@assurance-maladie.fr](mailto:ces-mulhouse@assurance-maladie.fr)

Site de **Colmar** :

☎ 03.89.21.79.40

✉ [ces-colmar@assurance-maladie.fr](mailto:ces-colmar@assurance-maladie.fr)

# Autorisations concernant l'examen de prévention en santé

Nous vous invitons à compléter et signer le document suivant.

**Ce document doit être impérativement remis au plus tard le jour de l'examen**, accompagné d'une copie de votre pièce d'identité. Vous pouvez le remettre directement, ou par courrier postal, ou par l'intermédiaire de la personne que vous représentez. **Sans ces autorisations, l'examen ne pourra pas être réalisé.**

**Je soussigné(e) : Madame, Monsieur** (*raier la mention inutile*)

Nom :

Prénom :

Mère

Père

Tuteur

*Cocher la mention correspondant à votre situation*

**Certifiant agir en qualité de représentant(e) légal(e) de :** (*indiquez le nom et le prénom de la personne concernée par notre invitation*).

**Merci de cocher les cases ci-dessous pour donner vos autorisations concernant la personne que vous représentez :**

J'ai pris connaissance du contenu et des objectifs de l'examen de prévention en santé. J'autorise la personne que j'ai nommée ci-dessus, à venir bénéficier d'un examen de prévention en santé et j'accepte que les professionnels de santé qui interviennent directement dans cet examen partagent les données médicales strictement nécessaires à son bon déroulement.

J'autorise l'envoi du compte-rendu d'examen au médecin traitant. **Si je ne donne pas mon accord, le compte-rendu ne sera pas adressé au médecin traitant.**

J'autorise la personne que j'ai nommée ci-dessus à profiter des vaccinations de rattrapage proposées par le CES. **Sans mon accord, la vaccination ne pourra pas être effectuée.**

Coordonnées du médecin traitant :

Docteur :

.....

Adresse :

.....

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

Téléphone : .....

Le centre d'examens de santé peut me contacter par :

SMS

Courrier

Téléphone

Fait à :

Signature obligatoire du représentant légal

Le :