Etiquette identification
Patiente/Prélèvement
(code barre)

FICHE DE RENSEIGNEMENT

A joindre à votre prélèvement (obligatoire)

Conformément à la loi n°78-17 du 6/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données personnelles (RGPD), adopté au niveau européen, et entré en application le 25/05/2018, vous disposez de plusieurs droits que vous pouvez faire valoir par demande écrite auprès du Délégué à la Protection des Données (CHU Dijon Bourgogne, 1 Bd Jeanne d'Arc, 21079 DIJON Cedex) : droit d'accès et de rectification de vos données, droit de limitation de leur traitement informatisé, droit d'opposition à leur transmission, droit à l'oubli (effacement de vos données), droit de réclamation auprès de la CNIL (Commission nationale de l'information et des libertés).

Date de réalisation de l'auto-prélèvement vaginal : |__|__| / |__|__| / |_2_|_0_|_2_|__|

Un courrier vous informant du résultat vous sera envoyé.
Il sera également adressé à votre Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers et à votre médecin traitant.

MEDECIN TRAITANT DECLARE A L'ASSURANCE MALADIE

Nom et Prénom (MAJUSCULE): |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Ville (MAJUSCULE): |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

OU si vous souhaitez que ce résultat soit adressé à un autre médecin ou autre professionnel de santé merci de renseigner ses coordonnées ci-dessous :

MEDECIN OU AUTRE PROFESSIONNEL DE SANTE DE VOTRE CHOIX

Nom et Prénom (MAJUSCULE): |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Ville (MAJUSCULE): |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

VOS COORDONNÉES

Merci de bien vouloir renseigner :

- Votre N° téléphone fixe : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|
- Votre N° téléphone portable : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|
- Votre Adresse E-mail : .....@.....

LANGUE MATERNELLE

Merci de bien vouloir renseigner votre langue maternelle :

☐ Français
☐ Autre : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CHU DIJON Bourgogne, Hôpital François Mitterrand,
Centre d'investigation Clinique module plurithématique,
14 rue Paul Gaffarel, BP 77908, 21079 DIJON CEDEX ; resiste@chu-dijon.fr

Adresse de votre Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers :
-
-
-
-
-