



**ECHOGRAPHIE - CH LIMOUX
FICHE D'INFORMATION MEDICALE**

(A ramener le jour de l'examen)

NOM: Prénom :

Nom de naissance : Date de naissance :/...../.....

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Mail :@.....

Taille : Poids : Date de l'examen :/...../.....

Médecin traitant : Docteur.....

CONSENTEMENT

Je donne mon consentement à la réalisation de cet examen

- date de l'examen : / /

Signature :

AUTORISATION pour patient mineur ou sous tutelle

Je soussigné(e)....., représentant(e) légal(e) de
....., autorise les
médecins du service d'imagerie médicale à pratiquer l'examen.

Date de l'examen :

Signature :

Conditions d'utilisation de vos données personnelles :

Les données personnelles communiquées sont nécessaires aux fins d'employer les techniques d'imagerie adaptées à votre état de santé. En remplissant ce document, vous acceptez que les données personnelles collectées dans ce formulaire soient utilisées dans le but de vous assurer une prestation sécurisée. Afin de protéger la confidentialité de vos données personnelles, la structure s'engage à ne pas divulguer, transmettre ou partager les renseignements vous concernant avec d'autres entités, entreprises ou organismes, conformément au Règlement Général de Protection des Données (n°2016/679), en dehors des nécessités liées à votre parcours médical. Vos données seront conservées pendant la période de prise en charge de votre dossier médical puis pendant la durée de prescription légale aux fins probatoires et de gestion des dossiers.