



## Consentement

Nom :	Nom de jeune fille :
Prénom :	Date de naissance :
Adresse :	
Localité :	
Sexe : [ ] H [ ] F	

### Information et autorisation de traitement des données pour toute la durée de ma participation au programme de dépistage

Par ma signature, je déclare avoir été informé(e) de la manière dont est organisé le dépistage du cancer du côlon, en particulier de ses bénéfices et de ses limites, soit dans le cadre d'un entretien individuel avec un professionnel de santé, soit en ayant consulté une documentation écrite transmise par le programme de dépistage et consentir à ce que :

- Mes données médicales anciennes et actuelles soient transmises au centre de dépistage, tant par voie postale qu'électronique, de même que leur enregistrement et archivage par le Centre de dépistage, conformément aux prescriptions légales en vigueur en matière de protection des données.
- Les résultats de mes examens, et s'il y a lieu, les résultats des examens complémentaires puissent être utilisés par les médecins du Centre de dépistage, de manière confidentielle, et conformément au secret médical. J'autorise pour cela l'échange d'information entre mes médecins traitants et les médecins du Centre de dépistage.
- Mes données, rendues anonymes, soient utilisées à des buts statistiques et de formation.

Date ..... Signature .....