CPTS
Nice Centre - Nice Est

L'association qui vous accompagne dans la recherche de professionnels de santé

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Vous voulez
- rester bien dans votre corps et votre tête
- prendre soin de votre santé
- vous sentir bien à votre domicile
- rester autonome longtemps

Vous êtes
- Insuffisant cardiaque

On vous propose
- un suivi personnalisé
- des ateliers de prévention adaptés aux besoins
- une centralisation du suivi par votre médecin traitant

La **CPTS** est une association de professionnels de Nice Centre Nice Est pour **prendre soin de ma santé** !
Nous vous proposons de vous inclure dans ce parcours spécifique **innovant et expérimental**.
La CPTS s'engage à mener cette expérimentation selon les **dispositions éthiques et déontologiques**, à protéger le secret médical des patients tout au long de l'expérimentation et à **assurer la confidentialité des informations** recueillies.

Liberté du participant : le consentement pour poursuivre l'expérimentation peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence.

Information du participant : le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette expérimentation auprès de la CPTS.

Confidentialité des informations : toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon confidentielle et sécurisée sur l'outil régional numérique de santé **AZUREZO** et **DOCTOLIB SILO** permettant les échanges de données de santé de manière sécurisée. La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle anonyme.

Informations

Renseignements

CPTS Nice Centre - Nice Est
07 84 60 25 06
cptsncne@gmail.com

Je soussigné....., né le ....., à .....
consens à être inclus dans l'expérimentation du parcours de soins « Bien vieillir à Nice Centre Nice Est » de la CPTS Nice Centre - Nice Est. Je consens également à l'utilisation de mes données grâce à l'outil numérique sécurisé Azurezo par les professionnels de mon « cercle de soin ».

Date : **Signature :**