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 :
- Sénior de plus de 75 ans

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 :**