



CAMPAGNE REGIONALE DE DEPISTAGE DES CANCERS COLORECTAL ET DU SEIN AUPRES DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

FICHE DE CONSENTEMENT EN VUE D'EXAMEN DE DEPISTAGE

Coordonnées de la personne en situation de handicap :

NOM : Prénom :
Date de naissance :

Caractéristique du test de dépistage :

Nature de l'examen :

cancer du sein cancer colo-rectal

Pourquoi faire cet examen ?

→ Dépister le plus tôt possible : c'est plus facile de se soigner et de guérir.

Si un cancer est trouvé, que faire ?

→ Aller chez son médecin traitant ou en parler aux infirmiers ou l'équipe éducative ou contacter la ligue contre le cancer.

Consentement : Articles L111-4 et L111-6 du Code de la Santé Publique

L'utilisateur donne son consentement « libre et éclairé » pour ce ou ces examens de dépistage et déclare avoir reçu l'ensemble des informations conformément à la réglementation.

Recueil du consentement de l'utilisateur :

Nom et fonction de la personne qui recherche le consentement de l'utilisateur en tenant compte de ses facultés :

Date de l'entretien :

Positionnement de l'utilisateur :

Acceptation

Refus

Incompréhension

Mesure de Protection, Personne de confiance :

Mesure de Protection : Autonome Curatelle Tutelle

Personne Isolée :

Une personne de confiance a-t-elle été désignée : oui non

Si oui, quel est son NOM et Prénom :

.....

À défaut, quel est le NOM et Prénom du représentant légal/tuteur :

Le tuteur/représentant légal a-t-il été informé ?

Oui Non

En cas d'incompréhension/impossibilité de recueil, merci de préciser le positionnement de la personne de confiance/le tuteur/le représentant légal :

Acceptation Refus

Fait à

Le

Signature de « l'accompagnant » :

Signature de l'utilisateur :

Facultatif¹ : Signature du représentant légal/de la personne de confiance :

Examen de dépistage réalisé le :

2

Fiche de consentement à conserver par l'établissement d'hébergement ou la personne dépistée.

¹ Sous réserve de l'impossibilité de recueillir le consentement de l'utilisateur.