

Données personnelles et état de santé générale

Vos données seront traitées en toute confidentialité et sont soumises au secret médical.

Nom: Sexe: féminin masculin

Prénom: Nationalité:

Date de naissance (JJ.MM.AAAA): Langue:

Rue/Numéro: Permis de séjour: B C N F

NPA/Localité: autres:

Téléphone privé: Profession:

Téléphone prof.: Caisse maladie:

Mobile: AVS/AI No:

E-Mail:

Médecin de famille (nom, adresse, téléphone):

Dentiste (nom, adresse, téléphone):

Personne à charge, représentant/e légal/e, personne à contacter en cas d'urgence:

Nom/prénom: Date de naissance (JJ.MM.AAAA):

Téléphone: Adresse:

Prise en charge financière:

Privé
Caisse maladie
Prestation complémentaire de AVS/AI

Assurances accident, invalidité et militaire
Services sociaux / Services de l'immigration
Autres:

Quelle est la raison principale de votre visite ?

Comment avez-vous eu connaissance de nous ?

Transfert de:

Autres:

Précédent traitement à la zmk bern chez (dentiste/clinique/année):

Une réponse exacte aux questions suivantes est une condition préalable pour votre conseil ainsi qu'un traitement adéquat et optimal. En cas de doutes ou d'incertitudes, veuillez demander à votre thérapeute ou contacter votre médecin de famille. Veuillez nous informer de toute modification de votre état de santé dans les plus brefs délais.

1. Avez-vous récemment reçu/recevez-vous actuellement un traitement médical ? Si oui, pour quelle raison et avec quel médecin:	oui	non																		
2. Prenez-vous des médicaments ? (si nécessaire, veuillez énumérer) Si oui, lequel/lesquels:	oui	non																		
3. Avez-vous une carte d'anticoagulant, une carte d'allergie ou une autre carte médicale ? (Prophylaxie de l'endocardite, greffes, remplacements articulaires, etc.) Si oui, lequel/lesquels:	oui	non																		
4. Souffrez-vous d'allergies ? Si oui, lequel/lesquels:	oui	non																		
5. Avez-vous déjà été gravement malade et/ou hospitalisé ? Raison:	oui	non																		
6. Portez-vous un stimulateur cardiaque ? Implanté dans l'année:	oui	non																		
7. Avez-vous des articulations artificielles ? Où:	oui	non																		
8. Avez-vous une prothèse auditive (amovible ou implantée) ?	oui	non																		
9. Avez-vous déjà eu des complications médicales pendant un traitement dentaire ? (Par exemple, évanouissement, réaction aux injections/médicaments/matériaux)	oui	non																		
10. Avez-vous très peur des soins dentaires ?	oui	non																		
11. Avez-vous déjà eu un accident, une opération ou une radiothérapie dans la zone dentaire/ mâchoire/faciale ? Si oui, veuillez préciser:	oui	non																		
12. Souffrez-vous ou avez-vous souffert de l'une des maladies suivantes: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Trouble cardiovasculaire</td> <td>Hypertension artérielle</td> </tr> <tr> <td>Maladie cardiaque / crise cardiaque</td> <td>Maladie respiratoire / pulmonaire</td> </tr> <tr> <td>Accident vasculaire cérébral / infarctus cérébral</td> <td>Maladie du foie / des reins</td> </tr> <tr> <td>Glaucome</td> <td>Diabète</td> </tr> <tr> <td>Maladie rhumatismale</td> <td>Maladie thyroïdienne</td> </tr> <tr> <td>Épilepsie</td> <td>Problème gastrique/intestinal, vomissements fréquents</td> </tr> <tr> <td>Embolie / thrombose</td> <td>Maladie tumorale (cancer)</td> </tr> <tr> <td>Ostéoporose</td> <td>Douleur chronique</td> </tr> <tr> <td>Maladie mentale (p.e. dépression)</td> <td>Remarques:</td> </tr> </table>	Trouble cardiovasculaire	Hypertension artérielle	Maladie cardiaque / crise cardiaque	Maladie respiratoire / pulmonaire	Accident vasculaire cérébral / infarctus cérébral	Maladie du foie / des reins	Glaucome	Diabète	Maladie rhumatismale	Maladie thyroïdienne	Épilepsie	Problème gastrique/intestinal, vomissements fréquents	Embolie / thrombose	Maladie tumorale (cancer)	Ostéoporose	Douleur chronique	Maladie mentale (p.e. dépression)	Remarques:		
Trouble cardiovasculaire	Hypertension artérielle																			
Maladie cardiaque / crise cardiaque	Maladie respiratoire / pulmonaire																			
Accident vasculaire cérébral / infarctus cérébral	Maladie du foie / des reins																			
Glaucome	Diabète																			
Maladie rhumatismale	Maladie thyroïdienne																			
Épilepsie	Problème gastrique/intestinal, vomissements fréquents																			
Embolie / thrombose	Maladie tumorale (cancer)																			
Ostéoporose	Douleur chronique																			
Maladie mentale (p.e. dépression)	Remarques:																			
13. Avez-vous ou avez-vous eu l'une des infections suivantes: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Tuberculose</td> <td>Maladie sexuellement transmissible</td> <td>VIH/SID</td> <td>Jaunisse/Hépatite</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>C</td> </tr> </table>	Tuberculose	Maladie sexuellement transmissible	VIH/SID	Jaunisse/Hépatite	A	B	C													
Tuberculose	Maladie sexuellement transmissible	VIH/SID	Jaunisse/Hépatite	A	B	C														
14. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une maladie qui n'est pas listée ici ? Si oui, laquelle/lesquelles:	oui	non																		
15. Fumez-vous ? Si oui, quelle quantité journalière: Depuis quand? Arrêté depuis:	oui	non																		
16. Consommez-vous des produits du tabac non fumable (p.e. snus, tabac à priser) ? Si oui, quelle quantité journalière:	oui	non																		
17. Buvez-vous régulièrement de l'alcool ? Si oui, quoi et combien:	oui	non																		
18. Consommez-vous d'autres substances (p.e. des drogues) ? Si oui, quoi et combien:	oui	non																		
19. Pour les patientes: Êtes-vous actuellement enceinte ? Si oui, à combien de semaines de grossesse êtes-vous ? Nom et adresse du gynécologue:	oui	non																		

Consentement éclairé, secret médical, protection des données et loi applicable:

Je confirme l'intégralité et l'exactitude des informations. Je reconnais que le for juridique est à Berne et que le droit Suisse s'applique. Je consens à ce que les personnes traitantes de la zmk bern peuvent utiliser mes données respectivement demander des informations médicales spécialisées aux personnes concernées, en discuter dans mon intérêt et également les transmettre à des tiers autorisés (par exemple, commande de laboratoire externe, transfert, obtention de prise en charge des frais auprès des assurances ou des autorités).

J'autorise la transmission des données nécessaires au bureau de facturation à la fois à l'institution de facturation (par exemple, la caisse d'assurance maladie) et à l'institution chargée de tout recouvrement ou à l'avocat concerné, ainsi qu'aux autorités compétentes de l'État. Dans ce cas, les tiers reçoivent uniquement des données ne permettant pas de tirer des conclusions sur le traitement médical.

Lieu et date:

Signature:

(Représentant/e légal/e des mineurs)

Information sur l'utilisation des données de santé et des échantillons à des fins de recherche

Chère patiente, Cher patient,

Notre capacité à diagnostiquer et à traiter les maladies a considérablement progressé au cours des dernières décennies. Ces progrès ont été possibles grâce à l'effort soutenu de la recherche médicale à laquelle plusieurs générations de médecins, scientifiques et patients ont activement participé.

Une part importante de cette recherche repose sur l'utilisation des données cliniques des patients figurant dans les dossiers médicaux, telles que les résultats d'analyses de laboratoire, les traitements médicaux ou les prédispositions génétiques. Tout matériel biologique collecté durant l'examen à la clinique et qui n'est plus nécessaire peut aussi être extrêmement précieux pour la recherche. Ce matériel résiduel peut être, par exemple, des échantillons de sang, de salive, de tissus, des radiographies ou des modèles.

Cette information vous explique comment vous pouvez contribuer aux progrès de la médecine. Elle vous fournit des explications sur la protection de vos données et sur vos droits.

Nous vous remercions pour votre intérêt et votre attention.

Comment pouvez-vous contribuer à la recherche ?

En cochant « OUI » et en signant la déclaration de consentement, vous acceptez que vos données et échantillons biologiques résiduels soient réutilisés à des fins de recherche. Les données et échantillons incluent ceux qui ont été collectés par le passé, mais également ceux qui seront collectés durant vos séjours hospitaliers actuels et futurs.

Votre consentement est volontaire. Il reste valable pour une durée indéfinie ou jusqu'à un éventuel retrait. Vous pouvez retirer votre consentement en tout temps en utilisant les coordonnées ci-dessous sans avoir à justifier votre décision. En cas de retrait, vos données et échantillons ne seront plus disponibles pour de nouveaux projets de recherche. Votre décision n'a aucun effet sur votre traitement médical.

Comment vos données de santé et vos échantillons biologiques sont-ils protégés ?

Les données sont enregistrées à l'hôpital et protégées dans le respect des exigences légales en vigueur. Seuls les collaborateurs autorisés de l'hôpital, des médecins par exemple, ont accès à vos données et échantillons sous forme identifiée. Vos échantillons biologiques sont stockés dans des biobanques qui contiennent des collections structurées d'échantillons soumises à des normes de sécurité (règlements de biobanques).

Si vos données et échantillons sont utilisés pour un projet de recherche, ils seront codés ou anonymisés. « Codé » signifie que toutes les informations personnelles (par exemple votre nom ou votre date de naissance) sont remplacées par un code. La clé qui permet de savoir quel code correspond à quel individu est conservée en toute sécurité par une personne non impliquée dans le projet de recherche. Les personnes qui ne possèdent pas la clé de codage ne sont pas en mesure de vous identifier. Dans le cas d'une anonymisation, le lien entre le matériel biologique ou les données associées et l'individu est définitivement rompu, ce qui signifie qu'aucun-e participant-e spécifique ne peut être ré-identifié-e.

Qui peut utiliser vos données de santé et échantillons ?

Les données et échantillons peuvent être utilisés par des chercheurs ayant reçu une autorisation pour des projets de recherche menés dans l'hôpital ou en collaboration avec d'autres institutions publiques (d'autres hôpitaux ou universités, par ex.) et des entités privées (des compagnies pharmaceutiques, par ex.) en Suisse ou à l'étranger. La mise à disposition des données ou échantillons pour des projets de recherche à l'étranger nécessite que les conditions de protection des données soient au moins équivalentes à celles appliquées en Suisse. Les projets peuvent inclure des analyses génétiques à des fins de recherche. Tout projet de recherche utilisant vos données ou échantillons doit avoir obtenu l'autorisation de la Commission d'éthique compétente.

Serez-vous informé-e des résultats de recherche ?

La recherche menée avec vos échantillons et données ne révélera en principe aucune information individuelle pour votre santé. Dans de rares cas, il pourrait toutefois arriver que des résultats pertinents, pour lesquels des traitements ou des actions de prévention sont disponibles, soient découverts. Dans ce cas, vous en seriez informé-e.

Ma participation engendre-t-elle des frais ou des bénéfices financiers ?

Votre participation n'engendre aucun frais supplémentaire pour vous. La loi exclut la commercialisation des données et des échantillons. Ainsi, aucun avantage financier ne sera généré pour vous ou pour l'hôpital.

Si vous avez des questions ou souhaitez des informations supplémentaires, n'hésitez pas à nous contacter à l'adresse ci-dessous ou visitez notre site internet.

zmk bern

Freiburgstrasse 7

3010 Berne

Téléphone +41 31 684 06 00

www.zmk.unibe.ch

Etiquette patient

u^b

zmk bern

Zahnmedizinische Kliniken
der Universität Bern

**UNIVERSITÄT
BERN**

Zahnmedizinische Kliniken der Universität Bern | Freiburgstrasse 7 | 3010 Berne | www.zmk.unibe.ch

Déclaration de consentement pour l'utilisation des données de santé et des échantillons à des fins de recherche

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

J'accepte

que mes données de santé et mes échantillons biologiques résiduels collectés durant les soins (consultations ambulatoires et hospitalisations) soient utilisés à des fins de recherche.

Oui

Non

J'ai compris :

- les explications sur la réutilisation de mes données cliniques et échantillons biologiques à des fins de recherche, détaillées dans l'information ci-dessus (Janvier 2023).
- que mes données personnelles sont protégées.
- que mes données et échantillons biologiques peuvent être utilisés dans des projets de recherche nationaux et internationaux, dans les secteurs public et privé.
- que les projets peuvent inclure des analyses génétiques sur mes échantillons, à des fins de recherche.
- que je pourrais être recontacté-e dans le cas où des résultats pertinents me concernant seraient mis en évidence.
- que ma décision est volontaire et n'a pas d'effet sur mon traitement médical.
- que ma décision est valable pour une durée illimitée.
- que je peux retirer mon consentement à n'importe quel moment sans avoir à justifier ma décision.

Lieu et date

Signature du patient, si capable de discernement

Lieu et date

Signature du représentant légal, si nécessaire (nom et relation avec le patient)

En cas de questions ou si vous souhaitez recevoir une copie de ce formulaire avec signature, vous pouvez vous adresser à votre médecin ou au contact ci-dessous.

zmk bern, Freiburgstrasse 7, 3010 Berne, Téléphone +41 31 684 06 00, www.zmk.unibe.ch