

Données administratives	
Prénom	Nom
Sexe h f d	Date de naissance
Rue et n°	NPA et localité
Tél. / mobile	E-mail
Médecin de famille	

**Déclaration de consentement  
selon la Loi sur la protection des données**

Version 27.03.24

La loi fédérale sur la protection des données entrée en vigueur **le 1<sup>er</sup> septembre 2023** rend obligatoire de recueillir le consentement des patients pour l'enregistrement et le traitement de leurs données personnelles et médicales notamment dans le cadre de la création du dossier médical.

Par ma signature, je confirme avoir pris connaissance de l'information figurant à la page suivante (page 2) et consentir au traitement de mes données par le cabinet médical Medatwork et le Dr Rinaldo tel qu'il y est décrit.

Lieu, date	Signature
------------	-----------

**Responsabilités** Le cabinet médical est responsable du traitement de vos données personnelles et vos données de santé. En cas de questions ou pour exercer vos droits sur la protection des données, veuillez-vous adresser au Dr Rinaldo.

**Collecte et finalité du traitement des données** : Vos données sont traitées (collectées, enregistrées, utilisées et conservées) sur la base des prescriptions légales et du code de déontologie de la FMH, pour atteindre l'objectif de la consultation et remplir les obligations associées. Les données sont collectées par le médecin lors de la consultation. Avec votre autorisation, d'autres médecins et professionnels de la santé qui vous prennent ou vous ont pris en charge peuvent nous transmettre des données. Seules les données relatives à la consultation sont traitées dans votre dossier médical (données permettant de vous identifier, vos coordonnées, et notamment vos données médicales telles que les anamnèses, les diagnostics, les traitements médicaux et les résultats d'examen).

**Durée de conservation** Votre dossier médical sera conservé pendant 40 ans après votre dernière consultation. Passé ce délai, il sera conservé, effacé ou détruit de manière sécurisée, avec votre consentement exprès.

**Transmission des données** : Le cabinet médical transmet les informations concernant les patients exclusivement par des voies de communication sécurisées (messagerie Hin). La transmission de données non sensibles (par exemple données administratives pour fixer ou déplacer un rendez-vous) peut se faire si vous le souhaitez via des courriers électroniques non chiffrés (d'une adresse @hin vers une adresse de destinataire comme @bluewin.ch, @gmail.com etc.) mais peut comporter des risques (consultation possible par des tiers non autorisés).

Nous ne transmettons vos données personnelles, en particulier les données médicales, à des tiers externes que si vous avez consenti ou si la loi l'autorise ou l'exige par exemple :

- A l'assurance-accidents ou à l'assurance-invalidité si elle prend en charge la consultation. Le type de données transmises dépend des prescriptions légales pour permettre la facturation des prestations.
- Aux autorités cantonales et nationales (p. ex. service médical cantonal, départements de la santé, etc.) en vertu d'obligations légales d'annoncer.

**Sauf accord de votre part, les rapports adressés à votre employeur ne comportent aucune information médicale confidentielle et ne comportent que les données personnelles permettant de vous identifier (nom, prénom, date de naissance) et les conclusions relevant de la médecine du travail (par exemple : aptitude, limitations fonctionnelle, capacité de travail).**

Avec votre accord, des données peuvent être transmises à d'autres destinataires (p ex vos médecins, laboratoires,).

**Révocation de votre consentement** Tout consentement exprès au traitement de vos données peut être révoqué à tout moment, en tout ou en partie. La révocation ou la demande de modification d'un consentement doit se faire par écrit. Dès réception de votre révocation écrite et dès lors que vos données ne peuvent plus être traitées sur la base d'un fondement juridique autre que le consentement, le traitement des données est interrompu. La révocation n'affecte pas la licéité du traitement des données effectué jusqu'à ladite révocation.

**Information, consultation et remise** Vous avez à tout moment le droit d'obtenir des renseignements sur vos données personnelles traitées. Vous pouvez consulter ou demander une copie votre dossier médical, qui peut être payante. Les éventuels frais nécessaires à l'établissement de la copie vous seront préalablement communiqués.

**Droit à la transmission des données** Vous avez droit à la remise, à vous-même ou à un tiers, des données que nous traitons de manière automatisée ou numérique, dans un format couramment utilisé et lisible par machine. Cela vaut en particulier également en cas de transmission de données médicales à un professionnel de la santé de votre choix. Toute demande de transfert direct des données à une autre personne responsable ne pourra aboutir que dans la mesure des possibilités techniques.

**Rectification de vos données** Si vous constatez ou considérez que des données traitées vous concernant sont inexactes ou incomplètes, vous avez la possibilité de demander une rectification. Lorsque l'exactitude ou le caractère incomplet de vos données ne peut être établi, vous avez la possibilité d'ajouter une mention de contestation.

## Questionnaire médical pour l'évaluation de l'aptitude à la conduite de véhicules de catégories professionnelles (groupe 2)

Merci de compléter ce questionnaire en répondant à toutes les questions puis de l'imprimer, le dater et le signer et de l'amener le jour de votre consultation. Il peut être également rempli à la main après impression. Les réponses seront discutées en détail lors de la consultation médicale.

Prénom	Nom
Titulaire des permis suivants	Depuis le

### 1. Antécédents routiers

Avez-vous déjà fait l'objet de retraits de permis de conduire (par exemple pour ivresse, conduite sous influence de stupéfiants, problème de santé, excès de vitesse, perte de maîtrise, etc...) ?

Si oui, motif(s) et date(s) :

### 2. Habitus

**2.1 Consommez-vous en moyenne plus de 5 verres d'alcool par semaine ? .....**

Si oui consommation moyenne : Verres/ semaine

**2.2 Consommez-vous ou avez-vous déjà consommé des drogues illégales (cannabis, héroïne, méthadone, cocaïne, amphétamines LSD, autres) .....**

Lesquelles

Si oui, suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement pour cette raison (cure de désintoxication et/ou traitement ambulatoire) ?.....

### 3. Maladies, accidents, infirmités

**3.1 Depuis votre dernier contrôle médical d'aptitude à la conduite, y a-t-il eu des modifications de votre état de santé ? Si oui, lesquelles ?.....**

**3.2 Prenez-vous régulièrement des médicaments (prescrits ou non) ? .....**

Si oui, précisez pour chaque médicament : nom, dosage, quantité, motif :

**3.2 Souffrez-vous ou avez-vous souffert de malaises et/ou d'évanouissements ces cinq dernières années ?.....**

**3.3 Avez-vous déjà été hospitalisé(e) en raison d'une maladie ? .....**

Si oui, précisez quand et pour quelle maladie

**3.4 Avez-vous été victime d'accidents ayant nécessité une opération et/ou desquels vous gardez des séquelles (traumatisme crânien, fractures, etc.) ?**.....  
Si oui, précisez le type d'opération et/ou la nature des séquelles

**1.5 Etes-vous privé, depuis la naissance, de l'usage normal d'un bras, d'une main et/ou de doigts, d'une jambe et/ou d'un pied ou des articulations correspondantes ?** .....  
Si oui, précisez la nature de l'anomalie

**1.9 Souffrez-vous d'autres maladies ou handicaps quelconques susceptibles d'empêcher même passagèrement de conduire avec sûreté un véhicule automobile ?** .....  
Si oui, lesquels

**3.2 Etes-vous ou avez-vous déjà été en traitement pour l'une ou l'autre des affections suivantes ?**

**Problème de vue** (y compris port de lunettes ou de lentilles de contact).....  
**Apnées du sommeil** (traitées ou non) ou autres maladies entraînant une envie de dormir la journée .  
**Maladie cardiaque ou vasculaire** : pression artérielle trop élevée ou trop basse, douleurs dans la poitrine, infarctus, pontage, coronarographie, palpitations, pouls irrégulier, arythmie, porteur de pacemaker ou de défibrillateur, thrombose, embolie, anévrisme, etc.....  
**Maladie respiratoire** (asthme, tuberculose, etc.), difficultés à respirer, embolie pulmonaire .....  
**Diabète** ou autre maladie métabolique (par ex. : cholestérol trop élevé).....  
Troubles de la mémoire, de la concentration, de l'attention.....  
Crises d'épilepsie ou crises semblables .....  
Maladies neurologiques : sclérose en plaque, Parkinson, attaque cérébrale (AVC), paralysie, etc.....  
Problème d'équilibre, de vertiges.....  
Problème de surdité .....  
Maladie osseuse ou articulaire, douleurs chroniques (arthrose, rhumatisme, tendinite, goutte).....  
Maladie des organes digestifs (p.ex. foie).....  
Maladie psychique ou nerveuse (dépression, schizophrénie, psychose, trouble bipolaire, etc.) ?.....  
Alcoolisme ou dépendance à l'alcool ou à d'autres substances (médicaments psychotropes : tranquillisants, anxiolytiques, somnifères, anti-douleurs ou des drogues.....

**Merci de lire attentivement les informations suivantes, puis de signer la déclaration ci-dessous**

Je prends note que les médecins qui procèdent aux examens d'aptitude à la conduite sont tenus de communiquer les résultats d'examen à l'autorité cantonale (article 5i de l'ordonnance du 27 octobre 1976 réglant l'admission à la circulation routière (OAC;RS 741.51)).

Celui qui obtient frauduleusement un permis ou une autorisation en donnant des renseignements inexacts, en dissimulant des faits importants ou en présentant de faux certificats, sera puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire. Il se verra retirer son permis ou son autorisation (articles 16 et 97 de la loi fédérale du 19 décembre 1958 sur la circulation routière (LCR; RS 741.01))

**La personne soussignée confirme avoir complété le présent questionnaire conformément à la vérité**

Lieu et date

Signature