



Clinique: _____

Date: _____

Données du patient

Sexe: <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme <input type="checkbox"/> non binaire	<input type="checkbox"/> Père/mère <input type="checkbox"/> représentant légal
Nom:	Nom:
Prénom:	Prénom:
Date de naissance: Jour: Mois: Année:	
Profession:	Profession:
Rue:	Rue:
NPA:	NPA:
Localité:	Localité:
Téléphone privé:	Téléphone:
Téléphone professionnel:	Caisse-maladie / localité:
Mobile:	Numéro d'assuré
Adresse électronique:	Caisse:
Nom et adresse de votre dentiste:	<input type="checkbox"/> Auto-payeur <input type="checkbox"/> Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI
Nom et adresse de votre médecin de famille:	<input type="checkbox"/> LAMal <input type="checkbox"/> Service social
	<input type="checkbox"/> LAA/AI/AM <input type="checkbox"/> Demandeur d'asile
	<input type="checkbox"/> Autre: _____

Personne à contacter avec numéro de téléphone en cas d'urgence: _____

Adressé par: _____

Avez-vous déjà été soigné dans notre établissement? Si oui, par qui: _____

Principaux symptômes:

Veuillez décrire brièvement la principale raison du traitement/consultation dans notre établissement: _____

Informations sur l'état général de santé

Certaines maladies générales nécessitent des précautions pour le traitement dentaire.

Vos données sont protégées par le secret médical et sont traitées de manière confidentielle. Merci!

Informations médicales générales sur la patiente/le patient

Suivez-vous actuellement un traitement médicamenteux? Si oui, lequel? _____

Oui Non

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Êtes-vous vacciné(e) contre le tétanos? Date du vaccin _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Avez-vous eu des réactions inhabituelles (allergie, etc.) à des piqûres, des médicaments ou des matériaux dentaires? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Avez-vous une attestation/un pass médical (antibiotiques, anticoagulants, greffe, prothèse articulaire, stimulateur cardiaque)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Saignez-vous facilement ou longtemps lorsque vous vous blessez? |

Oui Non

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Avez-vous déjà subi un traumatisme facial ou maxillaire éventuellement associé à une lésion dentaire ou avez-vous été opéré(e) ou traité(e) par irradiation dans ces régions? |
| | | 6. Souffrez-vous actuellement ou avez-vous souffert des maladies suivantes: |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a) Asthme ou rhume des foies? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | b) Essoufflement en cas de petits efforts (escaliers)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | c) Diabète? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | d) Maladies cardiaques? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | e) Pression artérielle élevée/basse? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | f) Infections (tuberculose, hépatite, maladies sexuellement transmissibles, VIH/SIDA)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | g) Ostéoporose? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | h) Souffrance psychique? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | i) Maladie tumorale? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | k) Autre: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Perdez-vous facilement connaissance? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Souffrez-vous souvent de troubles gastriques/digestifs ou vomissez-vous souvent? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Fumez-vous? Si oui, quelle est votre consommation? _____
Depuis combien d'années? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. Consommez-vous régulièrement de l'alcool?
Si oui, quelle est votre consommation? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. Êtes-vous un consommateur régulier de drogues douces ou dures? Lesquelles? _____ |

Pour les femmes

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. Êtes-vous actuellement enceinte? |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|

Secret médical, protection des données, juridiction compétente et droit applicable

- En cas de transfert des soins dentaires ou de commande auprès de professionnels externes (médecins, dentistes, prothésistes dentaires, assistant[e]s en prophylaxie, hygiénistes dentaires), le cabinet privé est autorisé à communiquer aux professionnels référents (médecins, dentistes, prothésistes dentaires, assistant[e]s en prophylaxie, hygiénistes dentaires) toutes les données nécessaires à la poursuite de la prise en charge. En cas de transfert par un professionnel externe (médecins, dentistes, prothésistes dentaires, assistant[e]s en prophylaxie, hygiénistes dentaires) au cabinet privé, ce dernier a le droit d'informer le professionnel référent externe de manière appropriée au sujet du traitement appliqué au sein du cabinet privé.
- En cas de demande de prise en charge des frais, la personne soussignée consent à ce que le cabinet privé communique aux organismes financeurs compétents (par ex. caisse-maladie, assurance accident, office AI, services sociaux) toutes les données nécessaires à l'octroi de la garantie de prise en charge. En présence d'une garantie de prise en charge des frais, la facture est directement adressée à l'organisme financeur en coordination avec ce dernier.
- La personne soussignée consent à ce que le cabinet privé transmette les données requises à la facturation à la Caisse des Médecins Société coopérative à Urdorf. La facturation est réalisée par la Caisse des Médecins.
- La personne soussignée consent à ce que le cabinet privé ou la Caisse des Médecins communique en cas de retard de paiement les données nécessaires à l'encaissement aux offices des poursuites et des faillites, aux instances judiciaires ainsi qu'à la société de recouvrement ou aux avocat(e)s qui auront été mandatés et libère le cabinet privé du secret médical dans cette même étendue.
- Pour permettre le contrôle de crédit et de solvabilité, la personne soussignée consent à ce que le cabinet privé puisse solliciter auprès d'agences de renseignements commerciaux la communication des expériences de paiement et des coordonnées enregistrées. Le cabinet privé ne transmet aux agences de renseignements commerciaux que les données et coordonnées indiquées à la rubrique «Données du patient» du présent formulaire pour le contrôle de l'identité et/ou de la solvabilité. Il ne transmet aux agences de renseignements commerciaux aucune information d'ordre médical ni aucune donnée d'expérience de paiement du cabinet privé.
- Le droit applicable est le droit suisse. Le for judiciaire exclusif est fixé à Zurich/Suisse.
- Je confirme que les renseignements fournis sont complets et corrects. Le professionnel traitant a répondu à toutes mes questions relatives au présent formulaire (état de santé, secret médical, protection des données, etc.).

Lieu, date, signature (patient/représentant légal – les personnes mineures capables de discernement signent également.)



Note d'information sur le consentement général 2022/11_F – Page 1 sur 2

Réutilisation de données à caractère personnel liées à la santé et de matériel biologique à des fins de recherche et d'enseignement

Chère patiente,
cher patient,

Au cours de votre traitement au sein du Centre de médecine dentaire (ZMZ), des données liées à la santé sont recueillies auprès de vous et du matériel biologique est éventuellement prélevé (comme des dents prélevées ou des échantillons de salive). Ce matériel biologique associé aux données est aussi très précieux pour la recherche et l'enseignement en médecine dentaire. Nous vous prions donc de bien vouloir consentir à l'utilisation de ce matériel et de vos données à des fins de recherche et d'enseignement.

Comment pouvez-vous contribuer à la recherche et à l'enseignement?

Si vous cochez la case «Oui» et signez la déclaration de consentement suivante, vous mettez vos données liées à la santé ainsi que les échantillons restants à la disposition de la recherche et de l'enseignement. Le consentement s'applique à toutes les données qui ont déjà été recueillies au sein du ZMZ ou y seront recueillies. Il en va de même pour les échantillons.

Votre consentement est volontaire. Il s'applique de manière illimitée tant qu'il n'est pas révoqué (retiré). Vous pouvez à tout moment signifier la révocation de votre consentement à l'adresse indiquée ci-après sans devoir vous en justifier. Suite à votre révocation, vos données et échantillons ne seront plus mis à disposition pour de nouveaux projets de recherche. Votre décision n'a aucune influence sur votre traitement médical.

De quelle manière vos données liées à la santé et échantillons seront protégés?

Vos données seront traitées et protégées au sein du ZMZ conformément aux prescriptions légales. Seules quelques personnes sont autorisées à consulter les données non chiffrées tirées de vos antécédents médicaux et à accéder à vos échantillons non chiffrés.

Ces personnes sont compétentes pour votre traitement ou sont autorisées dans le cadre d'un projet de recherche de consulter vos données.

En cas d'utilisation de vos données et échantillons pour des projets de recherche, ils seront dès que possible chiffrés ou anonymisés. Le chiffrage est le remplacement par un code de toutes les données à caractère personnel, notamment votre nom ou votre date de naissance. La clé qui indique le code attribué à une personne donnée est conservée de manière sécurisée par une personne ne participant pas au projet de recherche. Les personnes qui ne disposent d'aucun accès à la clé ne pourront vous identifier.

Les données et échantillons seront anonymisés, ce qui signifie qu'aucune clé ne permettra d'en déduire votre identité.

Qui peut utiliser vos données liées à la santé et vos échantillons?

Vos données et échantillons sont mis à la disposition de chercheurs autorisés au sein du ZMZ dans le cadre de projets de recherche ou peuvent être utilisés dans le cadre de projets de recherche en coopération avec d'autres institutions (par ex. d'autres universités). Les projets peuvent être menés en Suisse ou à l'étranger et le cas échéant impliquer des analyses génétiques.

Réutilisation de données à caractère personnel liées à la santé et de matériel biologique à des fins de recherche et d'enseignement

En cas de transfert de données et d'échantillons sous forme chiffrée à des chercheurs hors du ZZM, la clé est gardée par le ZZM où elle est conservée en toute sécurité par un service qui ne participe pas au projet de recherche. Dans le cadre de projets de recherche à l'étranger, le pays correspondant applique au moins les mêmes exigences en termes de protection des données que celles en vigueur en Suisse. Les projets de recherche sont de manière générale soumis à une évaluation par la commission d'éthique compétente.

Serez-vous informé(e) des résultats de la recherche?

Les observations tirées de projets de recherche menés avec des données et des échantillons bénéficient généralement aux futurs patientes et patients et contribuent à une amélioration de la prise en charge par un médecin dentiste. Si un résultat pertinent dans votre cas venait à être obtenu et une mesure de médecine dentaire venait à être disponible, le ZZM pourrait alors prendre contact avec vous (ce qui est impossible dans le cadre de la recherche avec des données et échantillons anonymisés).

Aurais-je des avantages ou des inconvénients financiers?

Vous ne vous exposez à aucun coût supplémentaire. La législation exclut toute exploitation pécuniaire de vos données et échantillons. Ni vous ni le ZZM n'en tirerez un quelconque bénéfice financier.

Pour toute question ou demande d'informations complémentaires, veuillez utiliser l'adresse ci-après ou consulter notre site web.

<https://www.zzm.uzh.ch>

Zentrum für Zahnmedizin
Plattenstrasse 11
8032 Zürich

Téléphone +41 (0)44 634 33 11
Fax +41 (0)44 634 43 11



Consentement général 2022/11_F – Déclaration de consentement

Réutilisation de données à caractère personnel liées à la santé et de matériel biologique à des fins de recherche et d'enseignement

Prénom et nom du/de la patiente(e)

Date de naissance

Je consens à ce que mes données liées à la santé (y compris les données génétiques) et échantillons recueillis ou prélevés au cours de mon traitement au sein du ZZM soient mis à la disposition de la recherche et de l'enseignement.

Oui Non

Je sais que

- les conditions relatives à la réutilisation de mes données et échantillons figurent sur la «Note d'information sur le consentement général 2022/11_F». J'ai lu et compris ces informations.
- mes données à caractère personnel sont protégées.
- mes données et échantillons peuvent être utilisés dans le cadre de projets nationaux et internationaux au sein d'institutions publiques et privées.
- mes échantillons peuvent être utilisés à des fins de recherche et d'enseignement dans le cadre d'analyses génétiques.
- je peux être contacté(e) si des informations pertinentes pour mon cas sont découvertes.
- ma décision est volontaire et n'a aucune influence sur mon traitement.
- ma décision s'applique de manière illimitée dans le temps
- je peux à tout moment révoquer mon consentement sans devoir me justifier.

Ville, date

Signature du/de la patient(e), dans la mesure où il/elle est capable de discernement

Ville, date

Signature du représentant légal, le cas échéant (nom et relation avec le/la patient[e])

Vous recevrez une copie de la présente page avec votre signature si vous le souhaitez.
Pour toute question, veuillez vous adresser à vos dentistes traitants ou au contact suivant:

Zentrum für Zahnmedizin, Plattenstrasse 11, 8032 Zürich – Téléphone +41 (0)44 634 33 11