

INFORMATION PERSONNELLE

DOCUMENT À RETOURNER AVEC LE PRÉLÈVEMENT

Mesure du Phosphatidyléthanol (PETH)

Madame, Monsieur

Vous avez choisi de faire la mesure du phosphatidyléthanol (PETH). Cette mesure vous permettra de connaître avec précision les relations de vos cellules avec l'alcool. Il s'agit d'un paramètre de risque ou de confiance. Ce résultat sera à mettre en relation avec d'autres, vous parlerez de votre santé avec votre médecin.

Les informations que vous nous confiez sont strictement confidentielles, de caractères personnel et médical.

Les informations ne sont pas stockées sur des serveurs informatiques. Les données personnelles sont conservées le temps nécessaire pour vous permettre d'avoir connaissance de vos résultats, dans un dossier médical sans accès extérieur.

**Vous avez des questions ?
Contactez-nous dès maintenant**

+33 1 42 22 20 00
peth@lasantesemesure.fr

La Santé se Mesure, SAS
93, rue de Seine - 75006 Paris
RCS Paris 790 896 641
www.lasantesemesure.fr

LA SANTÉ
SE MESURE

Votre santé actuelle :

Partie confidentielle anonyme destinée aux données à caractère médical et scientifique.

Ces informations sont facultatives, sans obligation. Elles pourront nous aider à mieux répondre aux questions que vous pourrez nous poser.

Elles pourront être utilisées à des fins de recherches médicales.

Genre M F Autre

Poids _____

Taille _____

Consommation Alcool

Nombre de verres jour : _____

ou

Nombre de verres semaine : _____

ou

Score AUDIT (disponible en ligne) : _____

http://www.automesure.com/Pages/formulaire_alcool.html

Échelle analogique et subjective

Cochez le niveau qui vous paraît approprié

0 = Vous n'éprouvez aucun problème

9 = Vous éprouvez des problèmes importants

Problématique en relation avec l'alcool
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Problématique de santé - ressenti physique
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Problématique de santé - ressenti psychologique
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Avec votre entourage,
difficulté en relation avec l'alcool
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Consommation Tabac
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Suivez-vous un traitement ? _____

Quel médicament ? _____

DOCUMENT À RETOURNER AVEC LE PRÉLÈVEMENT

identifiant du prélèvement

Coordonnées :

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____ / _____ / _____

Adresse _____

CP - Ville _____

Mail _____ @ _____

Téléphone _____

Je souhaite recevoir les résultats :

- Par courrier postal à mon adresse
- Par SMS (chiffre sans commentaire)
- Par une téléconsultation sécurisée (au tarif d'une consultation cpam)

J'accepte de faire le prélèvement de 10 microlitres de sang pour le dosage du phosphatidyléthanol (PETH). Cette mesure me permettra de connaître avec précision les relations de mes cellules avec l'alcool. Le PETH est un paramètre de risque ou de confiance pour la santé. J'accepte de partager ces informations avec les soignants qui me conseillent.

Les informations que je confie sont confidentielles, elles entrent dans le cadre du secret médical. La totalité de l'échantillon de sang ne servira qu'à l'analyse du phosphatidyléthanol (PETH) et à aucune autre recherche.

J'ai compris, Je consens _____

signature obligatoire