

Echantillon National Témoin Représentatif des Diabétiques

ENTRED – Bulletin Réponse

Bulletin à retourner dans l'enveloppe pré-affranchie
A l'adresse ci-dessous : (cachet du service)

Nom – Adresse - Numéro ENTRED

Etiquette n° 3 pour 1^{er} courrier
n° 5 pour rappel

Si vos coordonnées sont inexactes, merci de les modifier :

Madame

Mademoiselle

Monsieur

Nom Prénom

Adresse

Le médecin conseil peut me téléphoner pour que je réponde au questionnaire téléphonique ENTRED (environ 7 minutes)

☎ | | | | | | | | | |

de préférence (préciser les jours et les heures où vous êtes joignable à ce numéro) :

.....

☎ | | | | | | | | | |

de préférence (préciser les jours et les heures où vous êtes joignable à ce numéro) :

.....

Je refuse de participer à l'étude ENTRED.

Raison du refus :

Je ne suis pas diabétique

J'autorise les médecins de l'étude ENTRED à contacter mon ou mes médecins pour demander les renseignements extraits de mon dossier médical et j'autorise mon médecin à leur communiquer ces données :

Médecin traitant

Nom – Prénom : Dr.....

Adresse

N° de téléphone du cabinet :

| | | | | | | | | |

Spécialiste du diabète

Nom – Prénom : Dr.....

Adresse

N° de téléphone du cabinet :

| | | | | | | | | |

Date : | | | | | 2 0 | | | |

Signature :



L'enquête ENTRED n'a pas de caractère obligatoire. Elle a reçu le label n° 907172 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Les données vous concernant ne pourront être saisies et traitées sur informatique qu'à la condition de respecter strictement votre anonymat. Les questionnaires sont confidentiels et destinés à l'InVS. La loi n 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à la présente enquête. Elle garantit aux personnes concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé en vous adressant directement auprès du médecin conseil chargé d'ENTRED dans votre caisse d'Assurance Maladie.