

**Contact**

(24.05.2016 - 14:21:33 (CEST))

**Date du remplissage**

dd.mm.yyyy

	<b>Patient</b>	<b>Proche</b> <input type="radio"/> Monsieur <input type="radio"/> Madame
<b>Nom</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Prénom</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Adresse</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Numéro postal</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Localité</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Numéro de téléphone</b>	<b>fixe</b> <input type="text"/> <b>portable</b> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Ne peut pas être contacté par téléphone</b>	<input type="checkbox"/> <b>Pourquoi ?</b> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <b>Pourquoi ?</b> <input type="text"/>

☐ **Autorisation à contacter un proche**

**Type de lien avec le proche** ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐ Frère/sœur ☐ Famille ☐ Voisin ☐ Connaissance ☐ Autre

**La ou le proche était-elle ou il présent-e à la consultation de screening et/ou d'inclusion ?** ☐ Oui ☐ Non