



411 RUE DE L'ALENE D'OR  
59230 ROSULT

## Fiche d'inclusion Programme d'éducation thérapeutique de 1er recours des patients diabétiques

Mon médecin traitant et/ou un professionnel de santé de l'équipe éducative de Rosult m'a proposé de participer à un programme d'éducation thérapeutique sur le thème du diabète.

J'ai reçu les informations sur les objectifs et le déroulement du programme avec les cinq ateliers collectifs gratuits de deux heures chacun.

Ma participation à ce programme est volontaire et je peux, si je le désire, interrompre ma participation à tout moment sans avoir à préciser les raisons et sans compromettre la qualité des soins qui me sont dispensés.

En participant à ce programme :

- J'accepte que mes informations personnelles et/ou médicales soient partagées entre les soignants de l'équipe éducative et mon médecin traitant.
- J'accepte que mes coordonnées soient transmises au référent administratif de l'équipe. Ce référent me confirmera les dates des ateliers auxquels je m'engage à participer. Le référent administratif informera par courrier mon médecin traitant de l'évolution de ma prise en charge éducative.

Je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires à mon médecin traitant et/ou au professionnel de santé qui m'a orienté vers ce programme.

### ENGAGEMENT DU PATIENT ( cochez les cases pour validation ) :

J'ai pris connaissance des conditions de déroulement et des objectifs du programme  J'accepte librement et volontairement de participer au programme dans les conditions qui m'ont été présentées

Nom Prénom \_\_\_\_\_ Sexe : H F \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_ ans

Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ tél : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature patient \_\_\_\_\_

### ACCORD DU MEDECIN TRAITANT : Dr \_\_\_\_\_

tél : \_\_\_\_\_

Je souhaite que mon patient soit inclus dans le programme éducatif de 1er recours et pris en charge par les professionnels de santé de l'équipe éducative de proximité. Je souhaite être tenu informé par courrier de l'évolution de la prise en charge éducative de mon patient, conformément à la « charte de déontologie - Equipe éducative de proximité et médecin traitant » établie avec l'équipe éducative.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature médecin traitant \_\_\_\_\_

Document établi en trois exemplaires : le 1er, est remis au patient, le 2ème est conservé par le médecin traitant et le 3ème est remis au référent administratif de l'équipe éducative.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique dans le cadre de l'organisation d'ateliers d'éducation thérapeutique. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir la communication des informations vous concernant, merci de bien vouloir vous adresser au référent administratif.