

## CHARTRE D'ADHESION PATIENT

### 1- Objet du réseau :

Le Réseau Santé Nutrition Diabète 41 (RSND 41) a pour objectif d'optimiser la prise en charge médicale, nutritionnelle et psychologique des patients ayant une maladie chronique et comme finalité d'améliorer leur qualité de vie et de diminuer la prévalence des complications en lien avec les professionnels de santé de proximité.

Notre action est centrée sur la coordination des soins et l'éducation thérapeutique du patient.

### 2- La prise en charge au RSND41 :

La prise en charge au RSND 41 débute par un diagnostic éducatif et se poursuit selon vos besoins par une prise en charge individuelle ou collective.

- **Diagnostic éducatif initial et de suivi :**

Evaluation individuelle de vos connaissances et de vos savoir-faire sur la maladie chronique et son traitement. Elle permet de fixer ensemble des objectifs à atteindre (Plan personnalisé de soins). Afin d'atteindre ces objectifs, le professionnel de santé vous proposera différentes activités listées ci-dessous.

- **Education diététique :**

Evaluation de vos habitudes alimentaires. Conseils diététiques personnalisés pour équilibrer au mieux votre alimentation.

- **Education en groupe :**

Partage et actualisation de connaissances, de savoir-faire et de savoir-être, sur différentes thématiques adaptées à vos besoins.

- **Education médico-sportive :**

Réapprentissage d'une activité physique régulière et adaptée à vos possibilités.

- **Prise en charge psychologique :**

Groupe de paroles, consultation individuelle, relaxation

- **Bilan annuel**

### 3- Droits :

- Vous êtes libre de refuser cette proposition sans préjudice sur la prise en charge réalisée par votre (vos) médecin (s).
- Aucune information nominative ne peut faire l'objet d'une commercialisation ou d'une utilisation autre qu'à visée médicale, dans votre intérêt. Les données qui vous concernent ne peuvent être utilisées dans le cadre de l'évaluation nationale des réseaux, dévolue aux maladies chroniques, qu'après avoir été rendues anonymes (de manière irréversible).
- Vous avez la possibilité de consulter en toute liberté et à tout moment les professionnels de votre choix pour les soins liés à votre maladie chronique ou à toute autre maladie.
- Vous pouvez à tout moment quitter le réseau sans préjudice pour la qualité des soins.

## 4- Devoirs :

Les professionnels du réseau s'engagent à :

- Respecter la charte du réseau
- Suivre les recommandations de bonnes pratiques

Je m'engage à :

- Participer au plan personnalisé de soins (PPS)
- Collaborer activement aux activités décidées en concertation lors du PPS

## 5- Dispositions réglementaires

Le RSND41 répond à un contrat d'objectifs et de moyens signé avec l'Agence Régionale de Santé de la Région Centre.

Si vous n'avez pas compris un ou plusieurs termes de cette charte, nous vous apporterons toutes les explications nécessaires.

## 6- Demande d'adhésion

Nom marital : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone(s) : .....

Adresse e-mail : .....

« J'ai bien compris les informations qui m'ont été données »

Fait à ..... le .....

Madame, Monsieur,

Votre adhésion au réseau santé nutrition diabète 41 vous permet notamment d'être détenteur d'un dossier médical informatisé. En accord avec la loi, **c'est vous qui décidez de la liste des professionnels de santé qui auront accès à votre dossier**, en plus des professionnels de santé du réseau.

A cet effet, vous trouverez ci-dessous un tableau à compléter avec les noms et prénoms des médecins qui vous suivent en spécifiant dans les 2 dernières colonnes si vous leur donnez oui ou non le droit d'accéder à votre dossier : Vous pouvez à tout moment modifier votre avis auprès du secrétariat du réseau.

Je, soussigné(e)

**Nom:**.....

**Prénom:**.....

Certifie donner accès à mon dossier patient informatisé aux professionnels de santé ci-dessous mentionnés :

	<i>NOM</i>	<i>PRENOM</i>	<i>Je donne l'agrément</i>	
Généraliste			oui	non
Diabétologue			oui	non
Gynécologue-obstétricien			oui	non
Sage-femme			oui	non
Cardiologue			oui	non
Ophtalmologue			oui	non
Néphrologue			oui	non
Angiologue			oui	non
Chirurgien			oui	non
Podologue			oui	non
Diététicien			oui	non
Chirurgien-dentiste			oui	non
<b>Autres :</b>				
			oui	non

Établi le ...../...../.....

à :.....

signature :