

Formulaire d'adhésion du patient au réseau RéuCARE



NOM : Prénom :
Date naissance :/...../ 19..... Sexe : F H
Tél. fixe : GSM :
Adresse :
Médecin traitant :
Médecin adresseur (si autre que MT) : Service :

Le réseau de santé RéuCARE (géré par une association à but non lucratif, regroupant des professionnels de santé) a pour objectif **d'améliorer le suivi de la maladie rénale chronique et de ses facteurs de risque associés pour prévenir l'aggravation** à La Réunion par :

- la proposition de réponses adaptées à mes besoins (de soins, d'éducation ou d'aide sociale), organisées dans un plan personnalisé de santé (PPS) d'une durée d'un an, renouvelable. Ce plan, construit avec mon médecin traitant et moi, est coordonné par RéuCARE. Il peut contenir des actions réalisées par divers partenaires de RéuCARE pour la prévention du diabète, l'arrêt du tabac, la pratique de l'activité physique, etc.
- une meilleure coordination de mon parcours de santé en lien avec mon médecin traitant, entre les intervenants de soins médicaux, paramédicaux ou autres, et entre les divers lieux de soins ou d'accompagnement.

Je déclare avoir pris connaissance des informations relatives au réseau RéuCARE. J'ai été informé(e) des conditions et modalités de prise en charge, ainsi que des avantages qu'il pourrait m'offrir. Je suis libre d'accepter ou de refuser cette proposition, sans préjudice de prise en charge médicale.

Je demande mon adhésion gratuite au réseau RéuCARE. Ma participation est volontaire. Mon acceptation ne dégage en rien la responsabilité des médecins qui me suivent. Mon adhésion est l'expression de MON CHOIX.

Si je le désire, **je pourrai à tout moment arrêter ma participation** au réseau sans être pénalisé(e). Mon médecin traitant pourra également à tout moment arrêter ma prise en charge dans le réseau. Pour ce faire, le réseau devra être avisé.

J'autorise RéuCARE à constituer et à administrer un dossier informatique afin de suivre, de faciliter la planification et la coordination de mon parcours de santé proposé par mon médecin.

J'autorise mon médecin traitant à communiquer à la coordination médicale du réseau RéuCARE les données personnelles (si besoin médicales) nécessaires à mon suivi. Ces données ne seront utilisées que pour un objectif de santé et dans mon intérêt. Pour une utilisation à visée d'évaluation, mes données seront rendues anonymes.

J'autorise RéuCARE à transmettre mes coordonnées à son/ses partenaire(s) devant intervenir dans mon plan, afin d'être contacté et pris en charge.

Conformément à l'article L1110-4 du code de la santé publique, le personnel du réseau RéuCARE est tenu au secret des informations recueillies qui me concernent. Les professionnels de la coordination médicale du réseau peuvent toutefois échanger des informations me concernant avec des professionnels de santé impliqués dans ma prise en charge, pour assurer la continuité des soins et déterminer la meilleure prise en charge possible. J'autorise ainsi le réseau RéuCARE et les professionnels de santé impliqués dans mon suivi à communiquer entre eux des informations qui me concernent.

Je peux, conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés :

- demander d'accéder à mes données de santé à caractère personnel hébergées, en demander la rectification ou demander la désactivation de mon dossier ;
- demander copie de l'historique des accès aux données de santé hébergées, des consultations ainsi que du contenu des informations consultées et des traitements éventuellement opérés.

Je déclare également savoir que la convention constitutive et la charte du réseau de santé sont disponibles pour mon information sur le site internet RéuCARE (www.reucare.org/personnes-à-risque/documents-légaux-patient/) et que ces documents peuvent m'être expliqués au besoin par l'équipe de coordination du réseau sur ma demande.

Date d'inclusion dans le réseau :/...../.....

Signature du patient

Signature du médecin adresseur

Signature du médecin traitant
(si autre que méd adresseur)