



FORMULAIRE D'ADHÉSION DU PATIENT AU RÉSEAU REUCARE

Médecin traitant

Je soussigné M. / Mme

N° de Sécurité Sociale

Demeurant à

.....

.....

..... Tél. _ _ _ _ _

Certifie que Dr / M. / Mmeci-après nommé(e) « le Professionnel de santé » m'a proposé d'adhérer au réseau réuCARE de prise en charge du risque cardio-vasculaire et rénal. Ce réseau est promu par l'association réuCARE, l'Union Régionale des Médecins Libéraux, avec le soutien de la Caisse Générale de Sécurité Sociale et de l'Agence Régionale d'Hospitalisation. Le Professionnel de santé m'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser; cela ne changera pas nos relations pour mon traitement.

Afin d'éclairer ma décision j'ai reçu et j'ai bien compris les informations suivantes:

Le but du réseau de santé est d'améliorer la qualité des soins aux patients à haut risque cardio-vasculaire et rénal par :

- Une meilleure coopération entre les différents médecins, paramédicaux et établissements de soins,
- L'engagement de ces médecins généralistes, spécialistes et paramédicaux à se conformer aux « recommandations de bonne pratique » issues de l'état actuel de la science et auxquelles ils ont librement adhésés dans le cadre du réseau,
- L'accès à de nouveaux services thérapeutiques remboursés notamment dans les domaines de la diététique et de l'éducation.

En adhérant au réseau je bénéficierai pleinement de ces améliorations et de ces services. Je conserve le libre choix des médecins que je consulterai pour les soins liés à mon diabète ou à toute autre pathologie. Je m'engage à informer ces médecins de mon adhésion au réseau et à leur en fournir les coordonnées, pour qu'ils puissent prendre connaissance des protocoles de soins adoptés par le réseau et y adhérer s'ils le souhaitent.

Je m'engage également à répondre à un questionnaire de satisfaction annuel portant sur le réseau.

J'accepte d'adhérer à ce réseau dans les conditions précisées ci-dessus.

Mon consentement ne décharge en rien les médecins qui me soignent de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Je pourrai à tout moment, si je le désire, arrêter ma participation au réseau sans supporter aucune responsabilité ni pénalisation portant sur le remboursement des soins légalement remboursés par l'Assurance Maladie. Si je décide d'arrêter, j'en informerai aussitôt le Professionnel de santé.

J'autorise le Professionnel de santé à communiquer au service médical de l'Assurance Maladie mon adhésion au réseau, afin de rendre possible l'évaluation du réseau. Cette évaluation fera appel à des données extraites de mon dossier médical. J'autorise mon médecin traitant à communiquer ces données aux personnes en charge de l'évaluation après anonymisation, ce qui exclut la communication de mon nom, de mon adresse et de mon numéro de sécurité sociale, le seul identifiant possible étant le numéro confidentiel attribué lors de mon adhésion au réseau. Ces données anonymes pourront être saisies et traitées sur informatique. L'expérimentation a fait l'objet d'une déclaration à la C.N.I.L. et conformément à l'article 27 de la loi Informatique et Libertés, je disposerai d'un droit d'accès et de rectification des données me concernant auprès du coordinateur du réseau. Je pourrai à tout moment demander toute information complémentaire à ce coordinateur.

Fait à, le

Nom, prénom et signature du patient

Nom, prénom et signature du Professionnel de santé