

Nom : Prénom :

Profession :

N° d'identification :

Adresse du cabinet principal :

.....

.....

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Mail : @

Je donne mon consentement à l'association de santé « APPOINT SANTE » pour intervenir dans la prise en charge du parcours de santé de mon patient. Par le dit consentement, je deviens membre de l'association. Ce processus est totalement gratuit et ne nécessite aucune contribution financière. Je pourrai à tout moment, par simple courrier, si je le désire, arrêter ma participation à l'association. J'en informerai mes patients inclus dans l'association et le coordonnateur de l'association.

Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu les informations suivantes : le but de l'association Apport Santé est d'améliorer la prise en charge personnalisée des patients en rupture avec leur parcours de santé : grâce à l'élaboration d'un Plan Personnalisé de Santé sur proposition du médecin par une meilleure coopération interdisciplinaire et en diffusant les « recommandations de bonne pratique » issues de l'état actuel de la science en favorisant l'accès à de nouveaux services

Consentir à travailler avec l'association, c'est participer à l'action du service rendu aux patients.

L'association s'engage à :

- mettre à la disposition des professionnels et de leurs patients des services destinés à optimiser la prise en charge des patients
- soutenir une politique de prévention et promouvoir des méthodes de dépistage
- proposer aux professionnels de santé une formation destinée à orienter leur prise en charge vers l'éducation et l'autonomisation des patients
- informer les médecins sur le parcours de leurs patients dans le réseau
- développer les moyens de diffusion des connaissances et recherches scientifiques
- mettre à disposition des supports éducatifs
- mettre à jour le site Internet du réseau permettant la circulation immédiate des informations
- constituer, grâce au pôle de coordination, un soutien logistique à la disposition des professionnels et de leurs patients

Je consens à respecter les dispositions constitutives de l'association Apport Santé, notamment : participer à la tenue du dossier médical partagé commun mettre à la disposition de l'association les éléments du dossier médical de mes patients permettant le suivi des actions du réseau et son évaluation, dans le respect du secret médical respecter le rôle prévu pour chacun dans le réseau

L'évaluation de l'association fait appel à des données traitées par informatique. L'utilisation de ces données a fait l'objet de déclaration à la Commission Nationale Informatique et des Libertés conformément à l'article 27 de la Loi Informatique et des Libertés, je disposerai d'un droit d'accès et de rectification des données me concernant auprès du pôle de coordination. Je m'engage à respecter la confidentialité des informations dont j'aurai connaissance dans le cadre du réseau concernant les patients (secret médical).

Mon consentement donné à l'association ne me décharge en rien de mes responsabilités vis à vis des patients ni de mes obligations déontologiques.

Mme, Mr

Fait à , Le Signature et cachet :