



## CONSENTEMENT DU PATIENT AU PROGRAMME D'ÉDUCATION AMBULATOIRE DU RÉSEAU ATLANTIQUE DIABÈTE

Je, soussigné(e) :

Mademoiselle    Madame    Monsieur

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_      Portable : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Courriel : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : Dr \_\_\_\_\_

m'engage à suivre le programme d'**Éducation Thérapeutique en Ambulatoire du réseau Atlantique Diabète**, défini avec moi lors du diagnostic éducatif au décours du Plan Personnalisé de Santé.

Je reconnais avoir reçu une information éclairée concernant mon programme personnalisé.

Je peux retirer mon adhésion à ce programme à tout moment par simple notification adressée par écrit au secrétariat du Réseau Atlantique Diabète, sans en supporter aucune conséquence.

J'ai également été informé(e) que les informations me concernant ne seront transmises aux interlocuteurs, y compris ceux au sein du programme et/ou de l'équipe soignante qu'avec mon accord. Je suis informé(e) que les professionnels ont signé une charte de confidentialité que je peux consulter après en avoir fait la demande.

J'ai été informé(e) que les rapports d'évaluation annuelle et quadriennale du programme d'éducation sont consultables.

J'ai été averti(e) que la base de données et le dossier médical partagé utilisés pour le recueil des données ont fait l'objet d'une déclaration à la C.N.I.L. Conformément à l'article 27 de la loi Informatique et Libertés, je dispose d'un droit d'accès et de rectification de mes données personnelles à tout moment, auprès du secrétariat du Réseau Atlantique Diabète (05 46 45 67 32).

À \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature :

Ce document est à retourner signé au secrétariat du Réseau Atlantique Diabète, par fax au 05 46 42 17 88, par courriel à [atlantique.diabete@wanadoo.fr](mailto:atlantique.diabete@wanadoo.fr), ou par courrier à l'Hôpital Saint Louis, rue du Dr Schweitzer, 17019 La Rochelle Cedex.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez nous contacter au 05 46 45 67 32.