



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES PATIENTS BENEFICIAIRE D'UN ACCOMPAGNEMENT PAR MALADIES CHRONIQUES 44

De M., Mme,
demeurant.....
.....

La prise en charge par le réseau Maladies Chroniques 44 m'a été proposée par

.....

J'ai été informé(e) du but et des modalités de déroulement de cet accompagnement. Cette prise en charge me permet de participer à un programme d'éducation thérapeutique (dans les conditions précisées dans la notice d'information). Celle-ci s'effectue en concertation avec mon médecin traitant et les spécialistes qui me suivent, ils seront informés de mon parcours au sein de MC 44.

Ma participation est totalement volontaire et je peux si je le désire interrompre ce suivi à tout moment sans avoir à en préciser les raisons et sans compromettre la qualité des soins qui me sont dispensés.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Je bénéficie à tout moment d'un droit d'accès et de rectification des données informatisées me concernant, conformément aux dispositions légales en vigueur. En ce qui concerne des données de santé à caractère personnel, ce droit pourra être directement exercé par moi ou par l'intermédiaire du médecin de mon choix. (*Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la Loi du 6 août 2004*).

J'accepte librement et volontairement la prise en charge par MC 44.

Je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires à un professionnel de Maladies Chroniques 44, téléphone : 02 40 47 82 44

Fait à

Le / /

Signature du patient ou des représentants légaux

Signature du représentant MC 44

Fait en deux exemplaires : un exemplaire est remis au patient, le second exemplaire est conservé par MC 44