

Charte réseau PREVAL- Patient

Article 1

Le réseau PREVAL a pour but d'améliorer la qualité de la prise en charge éducative des personnes atteintes de diabète et de facteurs de risque cardio-vasculaire.

Article 2

Chaque personne atteinte peut adhérer au réseau en signant ce document. Elle peut s'en retirer à tout moment par simple notification adressée par écrit au coordinateur du réseau, sans n'en supporter aucune conséquence.

Article 3

L'adhésion au réseau est **gratuite**.

Les personnes qui y adhèrent conservent le libre choix des médecins et des professionnels de santé qu'ils consultent pour les soins liés à leur diabète ou à toute autre pathologie.

Article 4

Les usagers du réseau s'engagent à répondre à un questionnaire de satisfaction annuel portant sur le réseau.

Article 5

Le réseau permet l'accès aux services suivants :

- Ateliers d'éducation nutritionnelle
- Ateliers « Activité Physique Adaptée »
- Ateliers « Hypertension Artérielle »

- Ateliers « Diabète »
- Ateliers « Psychologique »
- Ateliers « Podologie »

Article 6

Les usagers du réseau peuvent s'informer et accéder à ces services en contactant les professionnels du réseau. Ils sont libres de profiter ou non de ces services.

Article 7

Les usagers du réseau autorisent leur médecin traitant à communiquer les données de leur dossier médical destinées à permettre l'évaluation du réseau.

Article 8

Quelques soient leurs origines, les données médicales concernant les usagers du réseau, ne pourront être saisies et traitées sur informatique qu'après avoir été rendues anonymes par la suppression de leur nom, de leur adresse et de leur numéro de sécurité sociale.

Article 9

L'évaluation du réseau 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, les usagers disposeront d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant auprès du coordinateur du réseau

Ce réseau est promu par l'association PREVAL dans le cadre de la législation des réseaux de santé.

Formulaire d'adhésion du patient au réseau PREVAL

Je soussigné..... (Nom, Prénom)

Demeurant à (Ville) :

Date d'adhésion au réseau :

Déclare

- avoir pris connaissance de la charte du réseau PREVAL
- accepter d'adhérer au réseau dans les conditions précisées ci-dessus

Signature :