



Formulaire de consentement pour les patients participant aux programmes d'éducation thérapeutique du centre de Perharidy Roscoff

De M., Mme, Mlle (nom, prénom, date de naissance) :

Demeurant à (adresse)

Le Docteur m'a proposé de participer à un programme d'éducation thérapeutique intitulé :

J'ai reçu une notice d'information précisant le but et les modalités de déroulement de ce programme.

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

J'autorise les membres de l'équipe pluridisciplinaire impliquée dans ce programme, à échanger les informations me concernant. Si je ne souhaite pas que certaines informations soient partagées, j'en informe simplement le professionnel concerné. Les entretiens réalisés avec le ou la psychologue et l'assistant(e) social(e) restent confidentiels.

Je bénéficie à tout moment d'un droit d'accès et de rectification des données informatisées me concernant dans le cadre de ce programme, 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 de participer à ce programme dans les conditions précisées dans la notice d'information.

Je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires
Au Docteur n° de téléphone :

Fait à

Le

Signature du patient

Et/ou des représentants légaux

Signature du médecin

Deux exemplaires : un exemplaire au patient, un exemplaire dans le dossier du patient