

Mon médecin traitant et/ou un professionnel de santé m'a proposé de participer à un programme d'éducation thérapeutique sur l'insuffisance cardiaque.

J'ai reçu la plaquette de présentation du programme, présentant les objectifs et le déroulement du programme ainsi que les thèmes des ateliers collectifs gratuits.

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

En participant à ce programme :

- J'accepte que mes informations personnelles et/ou médicales soient partagées entre les soignants de l'équipe éducative et mon médecin traitant.
- J'accepte que mes coordonnées soient transmises au référent administratif de l'équipe. Ce référent me confirmera les dates des ateliers auxquels je m'engage à participer. Le référent administratif informera par courrier mon médecin traitant de l'évolution de mon parcours en ETP.

Je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires à mon médecin traitant et/ou au professionnel de santé qui m'a orienté vers ce programme.

ENGAGEMENT DE LA PERSONNE PARTICIPANT AU PROGRAMME D'ETP :

(cochez les cases pour validation) :

- J'ai pris connaissance des conditions de déroulement et des objectifs du programme en lisant la plaquette.
- J'accepte librement et volontairement de participer au programme dans les conditions qui m'ont été présentées.

RENSEIGNEMENTS :

Nom et Prénom :

Sexe : H F Age : ans

Adresse :

Code Postal : Ville : Téléphone :

Fait à _____, le _____

Signature :

INCLUSION OU CONFIRMATION DE L'INCLUSION PAR LE MEDECIN TRAITANT :

MEDECIN TRAITANT : Dr :

Messagerie sécurisée :

- J'ai bien pris connaissance du souhait de participation de mon patient à un programme éducatif de 1^{er} recours et confirme son inclusion
- Je confirme mon souhait de bénéficier d'informations régulières concernant le déroulement du programme et l'évaluation individuelle, conformément à l'article L1161-2 du code de la Santé Publique relatif au cahier des charges des programmes d'ETP.

Fait à , le **Signature médecin traitant :**

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique dans le cadre de l'organisation d'ateliers d'éducation thérapeutique. conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, merci de bien vouloir vous adresser au référent administratif.