

Lettre d'information destinée au patient et/ou à l'aidant

Mademoiselle, Madame, Monsieur,

Le Réseau Neuro Mémoire AVC - Allier prend en charge des patients ayant des troubles cognitifs (maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, parkinson, accidents vasculaires cérébraux, épilepsie, séquelles de traumatisme crânien) dans le département de l'Allier. **L'Association Réseau Neuro Mémoire AVC - Allier** créé par les médecins (généralistes, gériatres, psychiatres et neurologues) et les acteurs paramédicaux, psychosociaux et institutionnels de l'ensemble des bassins de vie du département, a pour objectif principal **d'optimiser et de coordonner la prise en charge de votre maladie avec les professionnels de santé concernés** (médecin traitant, médecin spécialiste, infirmière, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue, orthophoniste, assistante sociale, auxiliaire de vie...) au plus près de votre domicile, comme décrit dans la plaquette d'information du réseau (réf. A venir).

Le médecin qui vous communique cette information est membre de ce réseau et s'est engagé à :

- suivre régulièrement une formation spécifique sur la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés,
- à appliquer des procédures standardisées et validées au sein du réseau,
- à vous permettre d'accéder dans la mesure du possible à tout autre professionnel de santé pouvant s'impliquer dans la prise en charge de votre maladie tout au long de celle-ci,
- à utiliser toute procédure thérapeutique dont vous seriez susceptible de bénéficier,
- à vous délivrer toute information vous concernant à chaque stade de votre prise en charge,
- à vous garantir l'accès aux informations concernant votre santé et le respect de leur confidentialité.

Nous vous proposons d'être identifié en tant que patient de ce réseau en autorisant le médecin membre du réseau, cosignataire avec vous d'un document à cet effet, à intégrer votre dossier dans un registre anonymisé dédié au Réseau Mémoire Allier et en acceptant que les données vous concernant enregistrées dans cette base soient utilisées dans un but scientifique, épidémiologique et d'évaluation du réseau.

Nous vous proposons également de bien vouloir mentionner si vous acceptez ou refusez de donner l'accès à votre dossier médical aux différents professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de votre maladie, y compris l'équipe coordinatrice du Réseau Neuro Mémoire AVC - Allier.

L'article 40.4 de la loi « Informatique et Libertés » n° 78-17 du 06 janvier 1978, modifiée par la loi n° 94-584 du 1^{er} juillet, prévoit votre droit d'accès, d'opposition et de rectification des données, pouvant inclure vos origines ethniques, enregistrées sur informatique, à tout moment, par l'intermédiaire de votre médecin. Si vous devez sortir du réseau, les données vous concernant et qui ont été collectées avant votre sortie, pourront toutefois être traitées avec les autres données collectées dans le cadre du registre.

Le Réseau Neuro Mémoire AVC - Allier vous garantit le libre choix d'accepter de bénéficier du réseau ou de vous en retirer. Il vous garantit également le libre choix des professionnels de santé intervenant dans votre prise en charge. Vous pourrez à tout moment modifier certains éléments ou demander à sortir du réseau par simple lettre adressée au médecin membre du réseau co-signataire qui la transmettra ensuite au coordinateur médico-administratif du réseau.



Formulaire de recueil du consentement

Nom et Prénom du patient : Mr Mme Mlle (en lettres capitales) :

..... Nom de jeune fille.....

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone du patient :

Je certifie que le Docteur, (nom du médecin en lettres capitales) exerçant en qualité de à m'a informé de la nature et des objectifs du Réseau Neuro Mémoire AVC - Allier.

J'ai bien reçu un exemplaire de la lettre d'information du patient et de la plaquette du réseau. J'ai bien compris les informations données oralement et par écrit. J'ai bien compris que ma participation au réseau est entièrement volontaire et que je peux me retirer du réseau à tout moment selon les conditions prévues dans la lettre d'information que j'approuve.

J'accepte l'intervention à mon domicile des professionnels du Réseau Neuro Mémoire AVC - Allier (infirmière, psychologue, neuropsychologue, ergothérapeute, cadre de santé), ainsi que de leurs éventuels accompagnants (stagiaires en formation).

J'autorise le médecin sus désigné à intégrer mon dossier dans un **registre anonymisé et dédié au Réseau Neuro Mémoire AVC - Allier selon une procédure standardisée** et j'autorise que les données me concernant, rendues anonymes, puissent être traitées informatiquement dans le but d'une étude scientifique, épidémiologique et d'évaluation du dit réseau.

Je l'autorise également à communiquer mon dossier médical issu de ce registre à :

- tout professionnel de santé qui participe à la prise en charge de ma maladie : OUI/NON

Si la réponse est non, à : (les noms sont à écrire en lettres capitales)

- mon médecin traitant : OUI/NON
- mon neurologue : OUI/NON
- mon gériatre : OUI/NON
- mon infirmier(e) : OUI/NON
- mon kinésithérapeute : OUI/NON
- mon orthophoniste : OUI/NON
- mon psychologue/psychiatre : OUI/NON
- à d'autres professionnels de santé (préciser) :OUI/NON

Je déclare par la présente, mon accord volontaire pour participer au **Réseau Neuro Mémoire AVC - Allier**.

J'ai reçu un exemplaire de cette déclaration de consentement.

Fait en 2 exemplaires à, le

Le Médecin

« Je, soussigné, certifie avoir expliqué la nature et les objectifs du réseau tels qu'ils sont décrits dans la lettre d'information du patient à la personne sus citée »

Le médecin précédera sa signature de la mention « Lu et approuvé ».

Nom, Prénom ou Cachet et Signature

Le Patient

Signature

- ou son représentant
 Ou personne de confiance désignée
 Ou aidant

MR -MME

Né(e) le :

Adresse :

Tél :/...../...../...../.....

Signature

