

Document d'information

A lire avant de signer la charte d'adhésion au Réseau MAREDIA
ET A CONSERVER PAR LE PATIENT
Accompagnement des patients atteints de diabète

MAREDIA (**M**aison **R**égionale du **D**iabète) est un réseau de professionnels de santé. Il favorise une prise en charge de qualité des personnes atteintes de diabète de type II.

En signant ce document, j'adhère gratuitement au réseau MAREDIA.

Je peux mettre fin à cette adhésion à tout moment, en adressant un courrier écrit au médecin coordinateur.

Adhérer au réseau me permet l'accès aux services suivants :

- ✓ **Entretien avec un professionnel de santé formé** afin d'identifier mes besoins et de définir les activités susceptibles de m'intéresser.
- ✓ **Ateliers d'éducation de groupe,**
- ✓ **Aide à la reprise d'une activité physique adaptée,**
- ✓ **Consultations diététiques¹** auprès de diététiciennes libérales adhérentes du réseau (3 consultations prises en charge, non renouvelables)
- ✓ **Suivi individuel,** si nécessaire, par les professionnels de santé du réseau.

Je peux m'informer et accéder à ces services par les secrétariats du réseau et/ou par le site internet. Je suis libre de profiter ou non de ces services qui sont gratuits².

Je m'engage à retourner, chaque année le questionnaire d'évaluation du réseau ou la carte annuelle d'adhésion complétée afin de pouvoir continuer à bénéficier des services du réseau.

Je conserve la possibilité de choisir librement les médecins et professionnels de santé que je suis amené(e) à consulter dans le cadre de la prise en charge de mon diabète ou de toute autre pathologie.

CONFIDENTIALITE :

- ✓ Les données administratives nécessaires à la gestion du réseau font l'objet d'une saisie dans une base de données informatique. Vous avez accès à ces données pour les vérifier.
- ✓ Si les données médicales sont utilisées informatiquement dans le cadre de l'évaluation du réseau, elles sont d'abord rendues anonymes par la suppression du nom, adresse et numéro de sécurité sociale.
- ✓ Un courrier est adressé à votre médecin traitant pour l'informer de votre adhésion au réseau, sauf mention contraire de votre part.

¹ J'ai bien compris que les rendez-vous que je prendrai dans le cadre du réseau ne seront pris en charge que si j'y assiste affectivement. En cas d'empêchement, je m'engage à prévenir rapidement le professionnel de santé concerné.

² Hors assurances pour la pratique d'une activité physique et participation à l'achat des denrées pour les ateliers cuisine (voir condition auprès du secrétariat)

Charte d'adhésion au Réseau MAREZIA

Accompagnement des patients atteints de diabète

(A remettre signée au professionnel de santé ou, à remettre ou renvoyer à MAREZIA)

ECRIRE EN MAJUSCULE

Je soussigné(e)

Mr, Me (Nom)

Prénom

Nom de jeune-fille :

Date de naissance : __/__/----

Demeurant:

Code postal : ____ Ville :

N° de tél : ____ Portable : ____

Email :

N° de Sécurité sociale : _ _ _ _ _ Caisse Régime général RSI Autre

Médecin traitant :

Si vous ne souhaitez pas que votre médecin traitant soit informé de votre adhésion, cochez cette case

J'ai lu, compris et accepté les conditions d'adhésion écrites dans le document d'information joint à cette charte et qui m'a été remis ce jour.

Fait à.....,

le :

Nom, prénom et signature de l'utilisateur

Cachet et signature du professionnel de santé