



# DOCUMENT D'ADHÉSION DES USAGERS DU RÉSEAU

Le Réseau de santé ATLANTIQUE DIABÈTE a pour but d'améliorer la qualité des soins aux personnes atteintes de diabète. Il est promu par l'association ACREDIA et le Centre Hospitalier de La Rochelle, et il est financé par l'Agence Régionale de Santé.

Chaque personne atteinte de diabète ou porteuse de risques cardio-vasculaires et âgée de plus de 18 ans 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 en supporter aucune conséquence.

**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.**

Le Réseau permet l'accès aux services suivants :

- carnet de suivi que les usagers peuvent remplir avec le concours des médecins et autres professionnels de santé consultés
- ateliers diététiques et séances d'éducation thérapeutique de groupe ;
- groupe d'incitation à l'activité physique
- atelier d'expression picturale
- suivi téléphonique lors de la mise à l'insuline
- évaluation diététique ou psychologique individuelle
- suivi optimisé coordonné par le médecin généraliste traitant avec mise en place d'un dossier médical partagé sécurisé;
- dépistage de la rétinopathie par l'usage d'un rétinographe non mydriatique.

Avec l'accord de leur Médecin Généraliste traitant, les usagers du Réseau bénéficieront à leur adhésion d'un **Plan Personnalisé de Santé** réalisé lors d'une consultation d'inclusion par l'équipe du Réseau. Ce plan permet de définir des besoins de santé et d'établir le programme des interventions des professionnels de santé, des personnels médico-sociaux et sociaux nécessaires.

Ils sont libres de profiter ou non de ces services mais ils s'engagent néanmoins en adhérant au Réseau :

- à participer à au moins une séance d'éducation thérapeutique par an, séance défini par le Plan Personnalisé de Santé;
- à présenter leur carnet de suivi aux différents professionnels de santé consultés dans le réseau ;
- à répondre à un questionnaire de satisfaction annuel ;
- à réaliser un bilan annuel d'évaluation et de recherche de complications conformément aux préconisations des recommandations de bonnes pratiques médicales (fond d'oeil, hémoglobine glyquée, bilan lipidique, microalbuminurie...)
- à mettre en pratique les propositions thérapeutiques qui lui sont faites pour atteindre les objectifs de traitement fixés.

L'évaluation du Réseau fera appel à des données extraites du dossier médical des usagers. Ceux-ci autorisent leur médecin traitant à communiquer ces données au médecin coordinateur du Réseau. Ils autorisent également ce médecin à communiquer leur adhésion au service médical de l'Assurance Maladie aux fins d'évaluation du Réseau. Ils seront invités, sans obligation, une fois par an à adresser au médecin coordinateur leur carnet de suivi rempli et une fiche de bilan annuel.. Quelque soient leur origine, 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. 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 disposent d'un droit d'accès et de rectification des données les concernant auprès du coordinateur du Réseau. Ils peuvent à tout moment demander une information complémentaire à ce coordinateur.

Je soussigné(e) Mr, Mme.....

N° de Sécurité Sociale : ..... ; Date de naissance : ...../...../.....

demeurant à .....

Téléphone fixe : ..... ; Portable : .....

Email : .....@.....

**accepte d'adhérer à ce Réseau dans les conditions précisées ci-dessus.**

Fait à....., le .....

**Nom, prénom et signature de l'usager**

**Nom, prénom et signature du professionnel de santé**