



Adhésion au Programme d'Education Thérapeutique du Patient diabétique

Je soussigné(e)

Demeurant

N° téléphone

Médecin traitant

Accepte de participer au programme d'éducation thérapeutique sur ma maladie, le diabète.

Il s'agit pour moi d'acquérir des compétences me permettant de mieux comprendre et prendre en charge ma maladie.

J'accepte que les données personnelles et médicales me concernant, ainsi que celles relatives à mes habitudes de vie, recueillies à l'occasion des séances d'éducation liées à ce programme soient inscrites dans le dossier d'éducation thérapeutique .Ces données pourront être utilisées par l'équipe dans le cadre des réunions de coordination.

Si elles sont utilisées par l'association elles seront rendues anonymes.

Je dispose d'un droit d'accès et de modifications à ces données. Conformément à la loi 78-17 du 6 février 1978, relative aux fichiers et aux libertés, modifiées par la loi du 6 aout 2004.

J'ai le droit d'interrompre ma participation au programme à tout moment. J'informerai l'association de ma décision par tout moyen à ma convenance.

J'accepte que mon médecin traitant soit informé de mon adhésion au programme. oui non

Avec mon accord, il sera tenu informé des informations utiles à mon suivi. oui non

Les ateliers qui me sont proposés sont les suivants et je choisis :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Le diabète, c'est quoi ? | <input type="checkbox"/> Le diabète, ça se complique, comment agir ? |
| <input type="checkbox"/> Diabète : pas de régime mais du plaisir. | <input type="checkbox"/> Moi je brûle mon sucre et j'aime ça. |
| <input type="checkbox"/> Bénéficiaire d'insuline ? même pas peur ! | <input type="checkbox"/> L'hypoglycémie : je reconnais et j'agis. |
| <input type="checkbox"/> Moi aussi, je veux comprendre mon ordonnance. | <input type="checkbox"/> Atelier de Synthèse. |

Date

Signature du participant

Signature de l'intervenant COSSE