

 <p><b>CHU</b> Hôpitaux de Rouen</p>	<p>EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT</p> <p><b>FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT</b></p>	<p>Pôle <b>Viscéral</b></p> <p>Service <b>d'endocrinologie, diabète et maladies métaboliques</b></p> <p><b>Septembre 2011</b></p>
---	---	---

**Nom du programme : Mise en route d'un traitement par injections d'insuline**

Coordonnateurs du programme : **Dr G. OZENNE, diabétologue et Mme B. ARTUS, cadre de santé**

#### BUT GÉNÉRAL DU PROGRAMME

Vous êtes invité à participer à un programme d'éducation thérapeutique dont l'objectif est de vous rendre autonome dans la gestion et le suivi de votre diabète traité par injections d'insuline.

#### PRINCIPE

Vous pourrez ainsi participer aux différentes activités proposées : ateliers collectifs, séances individuelles, remplissage de questionnaires. Ces activités seront personnalisées en fonction de vos besoins.

#### CONFIDENTIALITÉ

Il est entendu que les renseignements recueillis lors de ce programme sont confidentiels et que seuls les professionnels de santé qui vous prennent en charge y auront accès.

Il est entendu que les données vous concernant recueillies et informatisées seront exploitées dans le respect absolu des dispositions de la loi 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques. Vous pouvez si vous le souhaitez exercer votre droit d'opposition à l'enregistrement de ces données.

#### PARTICIPATION VOLONTAIRE

Votre participation à ce programme est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au programme sans aucune contrainte ou pression extérieure, et que par ailleurs vous être libre de mettre fin à votre participation à tout moment au cours de ce programme sans justification à donner ni préjudice d'aucune nature.

#### DES QUESTIONS SUR LE PROGRAMME

Vous pouvez contacter un membre de l'équipe aux numéros 02.32.88.90.70 (hospitalisation traditionnelle), 02.32.88.90.65 (hôpital de semaine).

SIGNATURES :

Je, \_\_\_\_\_ reconnais avoir lu le présent formulaire et consens à participer à ce programme d'éducation thérapeutique.

Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je peux y mettre fin à tout moment sans justification à donner et sans préjudice d'aucune nature. Il me suffit d'en informer la responsable du programme.

Signature du participant :

Date :

Nom et coordonnées :

Signature du responsable du projet :

Date :