

 <p><b>CHU</b> Hôpitaux de Rouen</p>	<p>Education thérapeutique du patient</p> <p><b>CHARTRE DE CONFIDENTIALITE</b></p>	<p><b>Pôle viscéral</b></p> <p><b>Service d'endocrinologie, diabétologie, maladies métaboliques</b></p> <p><b>Septembre 2011</b></p>
---	--	--

Nom du programme : **Insulinothérapie fonctionnelle**

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

Je m'engage à respecter la confidentialité des informations recueillies, vues ou entendues, lors de ma participation en tant qu'intervenant dans le programme d'éducation thérapeutique ci-dessus dénommé dans le cadre du respect de la personne.

Il est entendu que les données concernant les patients, 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 à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiées.

Il est entendu que tout patient participant au programme d'éducation thérapeutique ci-dessus dénommé peut s'il le souhaite exercer son droit d'opposition à l'enregistrement de ces données.

Il est entendu que tout patient participant au programme d'éducation thérapeutique ci-dessus dénommé peut s'il le souhaite mettre fin à cette participation à tout moment sans justification ni préjudice.

Signature du participant :

Nom et coordonnées de l'intervenant :

Signature du responsable du projet ou de son, sa délégué(e) :

Date :