

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

Nom du programme : Insulinothérapie fonctionnelle

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 (unité de diabétologie), 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 :