



CENTRE HOSPITALIER DE LA RISLE

**NOTICE D'INFORMATION DES PATIENTS
PARTICIPANT
AUX PROGRAMMES D'EDUCATION THERAPEUTIQUE
du Centre Hospitalier de la Risle**

Service : CENTRE DE PREVENTION SANTE

Intitulé du programme : Education thérapeutique du patient diabétique de type 2

Responsable coordonnateur : Docteur Isabelle LAMBRECHT

Etablissement : Centre Hospitalier de la Risle

Madame, Monsieur,

Nous avons mis en œuvre dans notre service un programme d'éducation thérapeutique pour les patients atteints de

Ce programme a pour finalité de vous aider à mieux vivre avec votre maladie.

Nous souhaitons vous solliciter pour participer à ce programme et vous présentons ici les modalités de celui-ci afin que vous puissiez vous décider en toute connaissance de cause.

L'objectif du programme :

Ce programme vise à renforcer votre compréhension de la maladie et du traitement, renforcer vos compétences pour mieux gérer la maladie au quotidien, faire face aux situations difficiles et pour vous aider à mieux vivre avec cette maladie.

Le déroulement du programme :

En pratique, le programme comporte 3 étapes, réalisées par votre équipe soignante du Centre Hospitalier de la Risle formée à cette démarche éducative, et se décline, en tant que parcours personnalisé, tout au long de la vie du patient : de l'éducation initiale, de l'éducation de suivi (6-8mois) et de la reprise éducative à des moments clés de la vie. Les moyens utilisés pour ce faire pourront être :

- un entretien individuel pour discuter ensemble de vos attentes, vos questions, vos difficultés...et définir vos priorités,
- de plusieurs séances éducatives individuelles et/ou collectives pour répondre à vos priorités (dont le nombre de séances dépend de vos besoins),
- un accompagnement personnalisé dans la durée pour faire le point avec vous.

Information générale :

La participation à ce programme ne modifie en rien la prise en charge habituelle de votre maladie.

L'ensemble de ce programme est réalisé dans des conditions strictes de confidentialité.

Ce programme d'activités fait partie intégrante de vos soins.

Il n'existe pas d'autre contrainte que la participation à ces différentes rencontres.

Votre médecin (Dr....., téléphone :.....) est à votre disposition pour vous apporter toutes les précisions complémentaires que vous souhaitez.

Nous vous remercions par avance pour votre précieuse participation.