

Bulletin d'inscription Diabétique

SOUHAITEZ-VOUS BENEFCIER DES SERVICES DE C.A.R.A.M.E.L. ?

CARAMEL, Association du Cher pour l'aide aux personnes diabétiques ou obèses, organisme majoritairement financé par le FIR (Fonds d'Intervention Régional), en collaboration avec votre médecin traitant.

BUT GENERAL DU PROGRAMME :

Il a pour but de vous permettre d'améliorer votre autonomie en facilitant votre adhésion aux traitements et en améliorant votre qualité de vie, avec l'aide de votre entourage. CARAMEL propose, près de chez vous, un ensemble de services d'éducation thérapeutique* qui vous aidera, au cours d'ateliers de formation ainsi qu'un appui à la coordination des soins avec l'aide de votre médecin traitant.

EN MA QUALITÉ DE MEMBRE :

- Je dispose d'un carnet d'éducation remis, lors de mon entretien d'accueil.
- Mon médecin traitant est informé de mon entrée et de ma participation au programme.
- Ma participation est volontaire. Je suis libre de quitter le réseau à tout moment et m'engage à informer le secrétariat de mon départ.
- Je n'ai aucune cotisation à régler.

CONFIDENTIALITE :

- Les renseignements me concernant recueillis sont confidentiels et seuls les professionnels de santé qui vous prennent en charge y ont accès.
- Les données recueillies et informatisées seront exploitées dans le respect absolu des dispositions de la loi 2004-801 du 06 août 2004 relative à la protection des personnes physiques.

*« L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie ». (art 84, loi HPST, juillet 2009)

Partie Réservée au secrétariat

Réception le : _____

Par : _____

1. Dossier : N°

2. Patient :

3. Intervenante :

Oui, je souhaite m'inscrire et bénéficier de ces services

Mlle Mme M.

Prénom - NOM : _____

Date de Naissance : _____ {201__ = ans}

Diabète Type 1 Type 2 Autre Type

Situation professionnelle :

Situation familiale :

Adresse : _____

Code postal /Ville _____

N° tél : 0248 _____ ♣ _____

E-mail : _____ @ _____ . _____

N° Sécurité Sociale : _____ ♣ Entier +clé

Je souhaite recevoir les programmes de :

Bourges Vierzon St Amand Montrond

Possibilité de se déplacer en voiture/transport en commun ou de se faire véhiculer ? Oui Non

Date : ____ . ____ . 201__ **Signature :**

Nom et spécialité du soignant contact

0248 _____

Médecin traitant (Prénom, Nom, Ville)

Ces informations, nécessaires à la gestion interne et à l'évaluation des activités de CARAMEL, font l'objet d'un traitement informatisé. Elles peuvent être communiquées sur demande aux organismes tutélaires (ARS). Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit de regard et de rectification aux informations qui vous concernent. Pour exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, vous pouvez vous adresser par courrier au « coordonnateur médical » de l'association.

À RETOURNER AU SECRETARIAT

