

Bulletin d'inscription Enfant Diabétique

C.A.R.A.M.E.L., Réseau du Cher Diabète - Obésité, est une association loi 1901 subventionnée par l'Agence Régionale de Santé de la région Centre Val de Loire. Il a pour but:

- d'améliorer la prise en charge des patients diabétiques et de leur entourage,
- d'entretenir la formation des soignants, pour moins d'hospitalisations et un meilleur suivi à domicile.
- d'apporter un appui à la coordination des soins avec l'aide de votre médecin traitant et de votre spécialiste.

C.A.R.A.M.E.L. vous propose une aide individualisée (infirmière, diététicienne, psychologue) et la possibilité de participer à différents ateliers d'éducation thérapeutique avec d'autres personnes atteintes de diabète, animées par les intervenants formés au diabète et à l'éducation thérapeutique.

Ces séances individuelles ou collectives ont pour finalité de vous aider à comprendre le diabète et à l'appréhender sereinement. Ces moments d'échanges de vos expériences, de vos inquiétudes, de votre quotidien de parent d'un enfant diabétique, ou de jeune diabétique, vous permettent de mieux comprendre vos réactions et celles de votre enfant envers le diabète et de puiser des réponses pour vous-même et votre enfant dans l'expérience des autres.

**« 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)*

EN MA QUALITÉ DE MEMBRE :

- Je dispose d'un carnet d'éducation remis par un intervenant du Réseau Diabète, lors de ma première réunion. Je l'apporterai à chaque réunion ainsi qu'à mes soignants habituels et m'appliquerai à suivre les recommandations convenues.
- Mon médecin traitant est informé de mon entrée dans le réseau et de ma participation au programme.
- 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.

Nom et spécialité du soignant contact

Médecin traitant (Nom, Ville)

Médecin spécialiste (Nom, Ville)

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

Prénom - NOM du (des) responsables de l'enfant :

Date de naissance

..... / /
..... / /

Adresse de correspondance :

Téléphone : ou
.....

E.mail :@.....

Date : ____/____/____/

Signature :

NOM-Prénom de mon enfant :

Date de naissance : ____/____/____

N° d'affiliation à la sécurité sociale :

____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Date de découverte du diabète : ____/____ (mois/année)

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 tutéaires (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

À RETOURNER AU SECRETARIAT

BESOINS EN ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE IDENTIFIÉS

(À remplir de préférence avec votre médecin traitant, votre spécialiste ou votre soignant contact)

Ateliers diététiques <ul style="list-style-type: none">• Consultation diététique individuelle d'ETP• Ateliers de base : équilibre alimentaire,• Ateliers à thème : collations, repas de fête, ...• Ateliers culinaires (Préparation de repas)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ateliers infirmiers <ul style="list-style-type: none">• Accompagnement éducatif de insulinothérapie• Validation de la technique d'injection et suivi d'une insulinothérapie à domicile• Validation de la technique et surveillance de la glycémie capillaire• Ateliers de base : connaissances du diabète, le traitement, ...• Ateliers à thème : pompe à insuline...• Formation capteur de glucose en continu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ateliers de remise en forme (Joindre obligatoirement un certificat médical d'aptitude à l'activité physique)	<input type="checkbox"/>
Aide psychologique : <ul style="list-style-type: none">• Soutien individuel de l'enfant• Soutien de son entourage	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Autres besoins Précisez :	<input type="checkbox"/>
Participation de(s) parent(s) ou d'un autre membre de la famille	

À RETOURNER AU SECRETARIAT