

CARAMEL

Association du Cher pour l'aide aux personnes atteintes de maladies chroniques

Château des Gadeaux - 145 Avenue François Mitterrand - 18000 BOURGES

Secrétariat : 02.48.48.57.44 - association.caramel@ch-bourges.fr - www.caramel18.fr

Bulletin d'inscription dans un programme ETP

À RETOURNER AU SECRETARIAT par courrier postal ou courriel

Charte de consentement à l'engagement dans un programme ETP*

OBJECTIFS DU PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP)*

Il a pour but de vous permettre d'améliorer votre autonomie en facilitant votre compréhension de la maladie et de son traitement, 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 collectifs et/ou individuels, avec le soutien de votre médecin traitant.

* « 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 M'INSCRIVANT DANS UN PROGRAMME D'ETP DISPENSÉ À CARAMEL :

- Je deviens membre de l'association CARAMEL. Je peux participer à la vie associative et je suis invité à l'assemblée générale annuelle.
- Mon médecin traitant est informé de mon entrée et de ma participation au programme d'ETP.
- Ma participation est volontaire. Je suis libre de quitter le programme à tout moment et m'engage à informer le secrétariat de mon départ.
- Je n'ai aucune cotisation à régler. (Je peux faire un don à l'association si je le souhaite (montant libre) en flashant le QR Code ci contre et je bénéficie d'un reçu fiscal (Je peux déduire 66 % du don de mes impôts).



CONFIDENTIALITÉ :

- Les renseignements recueillis me concernant sont confidentiels et seuls les professionnels de santé qui me prennent en charge y ont accès, avec mon accord.
- Les données recueillies et informatisées seront exploitées dans le respect du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD)

Fait à

Signature, précédée de la mention « lu et approuvé »

le / /

JE CHOISIS MON PROGRAMME ETP EN FONCTION DE MES BESOINS

Vous ne devez cocher qu'une seule case.

- Education thérapeutique des personnes souffrant de diabète
- Equilibre pondéral : Obésité de l'adulte (IMC >30)
- RO Cœur : Mieux vivre avec une insuffisance cardiaque
- Dolce Vita : Mieux vivre avec ses douleurs chroniques (Douleurs persistantes au-delà de 3 mois avec altération de la qualité de vie)
- REAGIR : Mieux vivre avec une maladie chronique



Bulletin d'inscription dans un programme ETP*

TOUS LES CHAMPS SONT OBLIGATOIRES

Mlle Mme M.

Prénom - NOM :

Date de Naissance :

Situation professionnelle

En activité Sans emploi Retraité(e) Situation de handicap Autre

Situation familiale

Seul (célibataire, veuf(ve)) En couple (Marié(e), concubinage, PACS)

Adresse complète :

.....
.....

N° tél : &

E-mail :@.....

N° Sécurité Sociale :

La ville la plus proche de mon domicile où la plus accessible pour moi :

Bourges Vierzon St Amand Montrond

Date : ____ . ____ . 20__

Signature, précédée de la mention « je certifie exactes ces informations »

Ces informations, nécessaires à la gestion interne et à l'évaluation des activités de CARMEL, 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.

Médecin traitant
(Prénom, Nom, Ville ou cachet)

Soignant contact (Prénom, Nom, Ville ou cachet)

CERTIFICAT MEDICAL (à remplir par le médecin traitant ou le médecin spécialiste)

Je, soussigné(e), Dr/Pr

Certifie que Mme/M.

Ne présente pas de contre-indication à la pratique d'activités physiques adaptées proposées dans le cadre du programme d'éducation thérapeutique de mon choix

Ne présente aucune contre indication à d'éventuelles séances d'activités physiques adaptées encadrées par visioconférence

Signature et cachet

Fait à

Le