



## Contrat d'adhésion au Réseau Diabète 35 (Patients)

Je soussigné(e) Mr, Mme .....(nom, prénom)  
demeurant à .....  
demande à adhérer au Réseau Diabète 35.

### Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu et j'ai bien compris les informations suivantes :

Le but du Réseau Diabète 35 est d'améliorer la qualité des soins aux personnes atteintes de diabète, en complément des soins hospitaliers et des soins de ville, grâce à :

- ◆ une meilleure coopération entre les différents professionnels de santé : médecins, paramédicaux et établissements de soins,
- ◆ l'engagement de ces professionnels à utiliser les « recommandations de bonne pratique » issues de l'état actuel de la science,
- ◆ l'accès à de nouveaux services thérapeutiques pris en charge financièrement par le réseau, notamment dans le domaine de l'éducation, de la diététique et des soins podologiques.

### En adhérant au réseau, je peux bénéficier de ces améliorations par les prestations suivantes, en fonction de mes choix et de ma situation médicale :

- ◆ les **ateliers éducatifs** à thème (par exemple : connaissance de la maladie, diététique, podologie...).
- ◆ Les 2 consultations individuelles de diététique
- ◆ La rencontre en entretien individuel avec : l'infirmière d'éducation, l'éducateur sportif, la psychologue
- ◆ L'utilisation du **dossier médical partagé** qui m'est remis à l'adhésion afin d'améliorer mon suivi et la coordination entre les professionnels :
  - En le présentant aux différents professionnels que je consulte
  - En participant au remplissage de la fiche de bilan annuel avec mon médecin généraliste
- ◆ Le forfait podologique pour les personnes à risque élevé\*
- ◆ Le dépistage de la rétinopathie par le rétinographe \*

.../...

\* pour ces prestations se renseigner auprès du secrétariat du réseau

**J'accepte d'adhérer à ce réseau dans les conditions précisées ci-dessus.**

Mon consentement ne décharge en rien les professionnels qui me soignent de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi. **Je pourrai à tout moment, si je le désire, arrêter ma participation au réseau** sans supporter aucune responsabilité ni pénalisation portant sur le remboursement des soins légalement remboursés par l'Assurance Maladie.

J'en informerai le secrétariat du réseau

L'évaluation du réseau fera appel à des données extraites de mon dossier médical (fiche de bilan annuel remplie par mon médecin traitant), dont je transmettrai le double au secrétariat du réseau. Je donne mon accord pour l'utilisation à des fins statistiques ou épidémiologiques des informations me concernant, qui auront été au préalable rendues anonymes. Ces données pourront être saisies et traitées sur informatique dans le respect du secret médical et sous réserve d'une déclaration à la CNIL. Conformément à la Loi Informatique et Libertés (article 27), je dispose d'un droit d'accès de modification et de suppression à l'ensemble des données me concernant sur simple demande à mon médecin traitant ou à l'équipe de coordination du Réseau.

**Une cotisation annuelle de 2 € vous est demandée, elle est symbolique et correspond à un engagement de votre part**

*Ce contrat d'adhésion a été présenté au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins d'Ille et Vilaine.*

**Fait à....., le.....**

**Nom, prénom et signature du patient :**

***Contrat à envoyer, signé et accompagné d'un chèque de cotisation de 2 € à l'ordre du Réseau Diabète 35***

4A rue du Bignon – 35000 RENNES  
☎ 02.23.35.49.81 - 📠 02.23.30.86 53  
Email : [reseau.diabete35@wanadoo.fr](mailto:reseau.diabete35@wanadoo.fr)