



Contrat d'adhésion au réseau diabète 35 (professionnels)

Je soussigné(e) Mr, Mme :.....

Profession :

Exerçant à :

Choisis d'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 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 thérapeutique, de la diététique et des soins podologiques.

En adhérant au réseau, je participerai à l'amélioration du service rendu aux patients grâce aux outils qui me sont proposés :

- ❖ formations organisées par le réseau,
- ❖ recueil des «recommandations de bonne pratique»,
- ❖ «dossier partagé» détenu par chaque patient adhérent au réseau et en particulier de la fiche de bilan annuel,
- ❖ prestations destinées aux patients (éducation, diététique, podologie, rétinographe...)

En respectant le libre choix des patients et dans leur intérêt, je m'engage :

- ❖ à solliciter les autres professionnels impliqués dans la prise en charge du diabète,
- ❖ à informer mes patients diabétiques de l'existence du réseau et des prestations qui leur sont proposées,
- ❖ à promouvoir l'éducation des patients diabétiques avec l'aide du réseau,
- ❖ à accepter mon inscription sur l'annuaire des professionnels de santé membres du réseau qui sera exclusivement réservé à l'usage interne du réseau,
- ❖ à mettre à disposition du secrétariat du réseau les éléments du dossier partagé (fiche bilan annuel) permettant son évaluation,

.../...

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

Cotisation

- Je verse une cotisation annuelle de 10 € qui couvre les droits suivants :
 - indemnisation pour la formation initiale
 - vote à l'Assemblée générale
 - éligibilité au Conseil d'Administration
 - rémunération de la fiche de bilan annuel
 - rémunération du forfait podologique

- Je ne verse pas de cotisation annuelle

Mon adhésion au réseau ne me décharge en rien de mes responsabilités vis-à-vis des patients ni de mes obligations déontologiques. **Je pourrai à tout moment, si je le désire, arrêter ma participation au réseau.** J'en informerai la coordination du réseau.

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

Date :

Cachet et signature :