

CHARTRE DU PATIENT

*Exemplaire à conserver par le patient.
Signature de la charte sur le document d'adhésion.*

Mon professionnel de santé, M(me) le Dr....., m'a proposé de participer au programme d'éducation thérapeutique développé par l'association « **Plateforme Normande d'Éducation Thérapeutique** » (**PLANETH Patient**)- anciennement ERET. Celui-ci m'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser, cela ne changera rien à mon traitement et à mes droits.

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

- Le but du programme d'éducation thérapeutique : m'aider à comprendre ma maladie et son traitement pour mieux vivre avec.
- L'organisation de ce programme d'éducation thérapeutique.

ORGANISATION DU PROGRAMME MES DROITS

La **Plateforme Normande d'Éducation Thérapeutique** et ses antennes coordonnent les différents professionnels de santé dans le but d'améliorer la qualité des soins qui me sont apportés et de cette façon, me permettre d'assurer une meilleure prévention des complications de ma maladie.

L'association travaille en coopération avec mon médecin traitant et mes professionnels de santé, formés à la prise en charge des personnes atteintes de ma maladie et/ou à l'éducation thérapeutique.

La prise en charge qui m'est proposée est la suivante :

- Mise en place d'un parcours individualisé négocié entre mon référent (déterminé par le diagnostic éducatif), mon médecin traitant et moi-même (organisation des actions d'éducation thérapeutique, etc...) si possible à proximité de mon domicile.
- Réévaluation de ma situation après ce parcours dans les 3 mois suivant la fin de la réalisation des séances individuelles et/ou collectives. Conformément aux critères de renouvellement établis par PLANETH Patient, et en tenant compte de mon évolution, mon référent pourra me faire bénéficier d'un nouveau parcours.

MES DROITS

Je garde la liberté du choix de mes soignants. Mon médecin traitant est le coordinateur de mon parcours au sein du programme.

Mon consentement ne décharge en rien les professionnels de santé qui me soignent de leurs responsabilités. Je pourrai à tout moment, si je le désire, arrêter ma participation au programme sans supporter aucune responsabilité ni pénalisation portant sur le remboursement des soins légalement remboursés par l'Assurance Maladie. Je pourrai récupérer mon dossier.

Aucune information nominative ne pourra faire l'objet d'une commercialisation ni d'une utilisation autre qu'à visée médicale dans mon intérêt.

Je serai informé(e) de mon suivi et toutes les informations me concernant me seront communiquées si je le souhaite. Avec mon accord, un médecin pourra consulter mon dossier si cela est nécessaire à une meilleure prise en charge (exemple : séjour à distance de mon domicile).

MON DOSSIER PERSONNALISÉ À L'ASSOCIATION

Pour faciliter la communication entre eux, les professionnels qui me soignent, établissent un dossier personnel commun papier ou informatisé, permettant ainsi à mes soignants habituels (médecin traitant, infirmière libérale,) d'avoir accès à tous les éléments me concernant.

Le dossier éducatif est constitué dans le respect des règles établies par la C.N.I.L. (Commission Nationale Informatique et Libertés). Je dispose d'un droit d'accès aux données me concernant. Je choisis les professionnels qui auront l'accès à ces données personnelles.

MES DEVOIRS

Sans ma participation, les professionnels de santé mobilisés pour m'aider à améliorer ma santé ne peuvent rien. Il est de mon intérêt de les aider en devenant acteur de ma santé :

- en consultant régulièrement mon médecin traitant et en effectuant les consultations spécialisées et examens qu'il m'aura prescrits
- en assistant aux différentes actions qui me sont proposées dans le cadre de mon parcours individualisé.

Je m'engage à m'impliquer et à être actif dans la gestion de ma maladie.

RESPECT DE LA CONFIDENTIALITÉ

Je peux être amené(e) à participer, dans le cadre de mon programme, à des séances collectives. Le déroulement de ces ateliers peut éventuellement amener chacun à connaître des éléments d'ordre privé ou personnel. Il convient que chacun puisse s'exprimer en confiance, et soit assuré du respect de la confidentialité, au sein du groupe.

Je m'engage donc à respecter cette confidentialité et à ne divulguer ou n'utiliser aucune des informations que j'aurais été amené(e) à connaître au cours de ces séances.

Le cadre éthique de cette action impose à chacun le respect de la dignité des personnes à l'exclusion de toute attitude discriminatoire.

ÉVALUATION

J'accepte de participer aux actions d'évaluation et à leur exploitation anonyme nécessaire au bon fonctionnement de l'association et de ses partenaires.

Les patients adhérents restent libres de quitter l'association sur simple courrier. Le bureau de l'association se réserve aussi le droit de radier un adhérent pour tout motif qu'il jugera important.

Si vous n'avez pas compris un ou plusieurs termes de cette charte, votre médecin ou un autre soignant peut vous apporter toutes les explications nécessaires.

N.B. : une participation financière pour les séances d'activité physique/sophrologie et/ou un chèque de caution pour la participation à des séances individuelles ou collectives peuvent être demandés.