

## Consentement patient

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : .....

N° de tél pour être contacté(e) par la coordination du réseau : .....

Professionnel(le) délégué(e) proposant l'inclusion dans le réseau : .....

Je soussigné(e) ..... déclare avoir reçu copie et **pris connaissance de la plaquette d'information** du réseau RESAD Vaucluse Camargue dédié à la prise en charge des patients ayant une pathologie addictive (avec ou sans produit) et/ou porteurs du VIH, VHB ou VHC.

Je suis informé(e) que lors de mon inclusion dans le réseau, puis régulièrement, un recueil de mes attentes et de mes données médicales, psychologiques et sociales sera réalisé par la coordination du réseau lors d'un **entretien téléphonique**. A l'issue de cet entretien, un **projet de soin** sera élaboré avec un médecin addictologue et une assistante sociale. Ce projet sera transmis au professionnel de santé délégué que j'ai choisi (médecin ou sage femme).

J'ai compris que ma participation à ce réseau me permet de bénéficier d'un suivi personnalisé et, selon mes besoins et souhaits, de la prise en charge de **soins spécifiques** (voir plaquette d'information ci-jointe).

J'ai également compris que ma participation est **volontaire** et que je suis **libre** de me retirer du réseau à n'importe quel moment.

Je donne mon accord pour l'utilisation à des fins statistiques ou épidémiologiques des informations me concernant. Les données transmises à la coordination de RESAD Vaucluse Camargue (hors nécessités administratives) y seront rendues **anonymes**. Conformément à la Loi Informatique et Liberté, je dispose d'un droit d'accès, de modification et de suppression à l'ensemble des données me concernant sur simple demande au professionnel délégué assurant mon suivi ou au médecin coordinateur.

Je m'engage à remplir complètement et sincèrement les questionnaires qui pourraient m'être remis afin de contrôler le bon fonctionnement du réseau et de s'assurer de la qualité des prestations reçues.

Fait à ....., le.....

Signature du patient :

Plateforme téléphonique : 04 90 16 96 46

**Original remis au patient et double adressé, sans affranchissement, à la coordination du réseau par le professionnel, à l'adresse suivante : RESAD Vaucluse Camargue - Libre Réponse 10636 – 84019 AVIGNON CEDEX**