



Ensemble

Réseau Ensemble

DOCUMENT D'INFORMATION DU PATIENT

Vous vous apprêtez à bénéficier d'une prise en charge par le réseau Ensemble dont la présentation figure dans la plaquette qui vous a été remise.

Le présent document a pour but de vous informer sur :

- le fonctionnement du réseau Ensemble,
- les prestations qui vous sont proposées,
- la manière dont vous-même et votre entourage serez informés tout au long de votre prise en charge,
- la manière dont la confidentialité des données vous concernant sera strictement protégée et les modalités qui vous sont réservées pour y accéder.

Après avoir pris connaissance du présent document, vous pourrez formaliser votre accord pour l'intervention de l'équipe de coordination du réseau, en apposant votre signature au verso. Vous conserverez un exemplaire, l'autre est destiné au réseau Ensemble pour la bonne tenue de votre dossier.

La charte du réseau Ensemble et la convention constitutive, qui concernent les professionnels, établissements et organismes de santé assurant votre prise en charge, sont disponibles sur demande pour votre parfaite information.

➔ **Votre prise en charge au sein du réseau Ensemble**

Le réseau Ensemble est financé essentiellement par des fonds publics et par des dons (il est porté par une association loi 1901 reconnue d'intérêt général). L'intervention de l'équipe de coordination est prise en charge intégralement, sans surcoût.

Le réseau Ensemble associe des professionnels de santé libéraux, des intervenants sociaux et institutionnels (hôpitaux, services d'hospitalisation à domicile, services de gardes-malades, etc) et des bénévoles.

Il propose à chacun des patients une prise en charge globale à domicile comportant notamment :

- l'intervention d'une équipe de coordination (visites d'évaluation des besoins et de réévaluation, suivi régulier de la prise en charge, soutien des soignants, etc),
- une astreinte médicale réservée aux patients du réseau, la nuit de 20h à 8h, les week-ends et les jours fériés,
- une permanence téléphonique du lundi au vendredi, de 8h à 20h.

Les informations (médicales et administratives) recueillies par l'équipe de coordination font l'objet d'un traitement informatique destiné à faciliter la continuité des soins. Les destinataires des données sont :

- votre médecin traitant,
- vos médecins référents hospitaliers,
- les médecins d'astreinte du réseau.

Vos données sont protégées par le secret médical que s'engagent à respecter l'équipe de coordination et les destinataires mentionnés ci-dessus.

Par ailleurs, afin de répondre aux exigences des autorités de tutelle, un bilan d'activité du réseau Ensemble leur est régulièrement soumis. Celui-ci nécessite l'utilisation statistique d'informations personnelles vous concernant, préalablement rendues anonymes.

Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication de ces informations, vous pouvez vous adresser à l'équipe de coordination du réseau située au 35 rue Vergniaud 75013 PARIS. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Vous avez la possibilité de quitter le réseau à tout moment. Si vous changez de médecin traitant, votre dossier sera communiqué à votre nouveau médecin sur votre demande écrite adressée à l'équipe de coordination du réseau.

↪ Coordonnées du patient

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

NUMERO DE TELEPHONE : _____

Si ce document a été rempli par le tuteur, par la personne de confiance désignée par l'utilisateur (article L.1111-6 du Code de la santé publique), ou par le titulaire de l'autorité parentale ou toute autre personne, merci d'indiquer vos coordonnées ci-dessous :

NOM : _____

PRENOM : _____

Vous êtes (lien avec le patient) : Le tuteur La personne de confiance

Le titulaire de l'autorité parentale Autre (précisez) :

DATE DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

NUMERO DE TELEPHONE : _____

Je soussigné(e),

Déclare accepter la prise en charge dans le cadre du réseau Ensemble dans les conditions décrites ci-dessus.

Fait à, **le** .../.../.....

Signature, précédée de la mention « lu et approuvé »