



ACTE D'ADHESION AU PROGRAMME DE REHABILITATION RESPIRATOIRE A DOMICILE

Conformément à la loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant.

Préambule

Le réseau PARTN'AIR est un dispositif de coordination des soins financé par l'Agence Régionale de Santé de Midi-Pyrénées.

Le présent document a pour objet de fixer les engagements respectifs entre le patient adhérent au programme de réhabilitation et le réseau PARTN'AIR qui le gère.

L'adhésion au programme est un acte volontaire. Elle offre l'opportunité de participer à un dispositif :

- créé et animé par des professionnels de santé,
- ouvert à tous les assurés sociaux de Midi-Pyrénées porteurs d'une affection relevant de la réhabilitation respiratoire,
- axé sur la coordination de soignants habituels (pneumologue, médecin traitant, kinésithérapeute ou IDE) ou géographiquement proches, pour une prise en charge globale de la pathologie. Le programme initial de réhabilitation (durée de 10 à 12 semaines en fonction des modalités de prise en charge) associe éducation thérapeutique, reconditionnement à l'effort, kinésithérapie respiratoire et selon les besoins accompagnement diététique, psychologique ou tabacologique. Le plan personnalisé de santé s'étend sur une période globale de 12 mois (programme initial de 3 mois + période d'accompagnement de 9 mois).

Je soussigné(e) [REDACTED] certifie avoir été informé(e) par le [REDACTED] et le coordinateur du programme de l'organisation et des finalités de la prise en charge proposée.

Cet engagement n'est lié à aucune contrepartie financière de ma part. Il me permet de bénéficier des structures et des moyens humains et matériel du réseau en ayant un accès libre et complet, à tout moment, à mon dossier médical.

J'atteste par ma signature :

- Souhaiter réaliser un programme de réhabilitation respiratoire à domicile.
- Avoir été informé tant des bénéfices thérapeutiques escomptés que des risques inhérents à la réhabilitation respiratoire et avoir reçu toutes les informations complémentaires demandées auprès des membres du réseau.
- Avoir en ma possession un document précisant le déroulement du programme et les modalités de prise en charge proposées.
- Avoir été informé qu'à tout moment j'ai la possibilité de sortir du programme sans préjudice d'aucune nature.

De ce fait, je m'engage :

- à utiliser le matériel mis gracieusement à ma disposition, en respectant les consignes d'usage.
- à restituer ce matériel à la clôture du programme dans un état identique à celui constaté à la livraison,
- à suivre les consignes décrites dans le classeur remis par le responsable de stage,
- à suivre le programme de réhabilitation au rythme de 4 à 6 séances par semaine,
- à signaler toute absence prolongée, tout problème que je pourrais rencontrer, toute modification de mon état de santé que je juge inquiétante ou toute interruption du programme.
- à recevoir les visites prévues pour le bon déroulement du programme, effectuées par l'intervenant Partn'air, et, le cas échéant, mon médecin généraliste et l'acteur de soin paramédical (Kinésithérapeute ou Infirmière) qui se sera engagé dans la démarche.

Je prends note des engagements du réseau à m'accompagner dans ce stage de réhabilitation prescrit par mon médecin :

- en fournissant le vélo d'intérieur et ses indications d'usage,
- en faisant le lien entre les différents professionnels de santé,
- en étant joignable facilement (du lundi 9h au vendredi 18h) pour répondre à mes questions.



Dossier médical : transmission des données entre professionnels

Conformément aux dispositions de la loi no 78-16 du 6 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le patient ou son représentant légal :

- a l'accès aux informations le concernant ;
- conserve un droit de rectification ou de suppression de ses données administratives ;
- reste propriétaire de ses données de santé ;
- donne son accord à la circulation des informations le concernant entre les professionnels de santé participant au programme.

Il peut exercer ses droits en contactant le Dr Daniel BAJON (05.61.39.34.78).

Les professionnels de santé sont dépositaires des dossiers des patients, le secret médical ne pouvant être levé que dans l'intérêt direct du patient ou sur obligation légale.

Le réseau est garant du respect des règles de sécurité concernant la transmission des données médicales via un logiciel déclaré à la CNIL. Les personnels non médicaux du projet qui ont accès aux données médicales nominatives sont soumis au secret médical par contrat.

Sortie du réseau :

Une fois le programme terminé, je resterai usager du réseau PARTN'AIR et bénéficierai des services et des informations concernant la réhabilitation respiratoire et le réseau. Je pourrai à ma totale convenance décider de quitter le réseau à tout moment. Il me suffira pour cela de le signifier par un écrit adressé à : *Association PARTN'AIR, Mr Darolles, 33 rue des Glycines 31500 Toulouse*

Nom du réseau : PARTNAIR

n° d'identification : 45069721400010

Identification du Bénéficiaire :

Nom : [REDACTED]

Prénom : [REDACTED]

Date de naissance : [REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED]

Adresse : [REDACTED]
[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]



Identification de l'Assuré (si différent du bénéficiaire et s'il est ayant droit):

Nom et prénom :

n° d'immatriculation : _____

Organisme d'assurance maladie de rattachement : _____

Je déclare désirer réaliser ce programme et consentir à la transmission des données médicales entre les professionnels impliqués.

Date :

Accusé de réception du promoteur du réseau :

Signature du bénéficiaire :

Adhésion n° [REDACTED] - [REDACTED]
enregistrée le __/__/20__
Adhésion non enregistrée – motif :