



## DOCUMENT D'INFORMATION DU PATIENT

### Réseau Rhône-Alpes SEP

#### *Je soussigné (e) :*

Mme  Mlle  M

Nom .....

Prénom : .....

Né(e) le ..... à .....

Adresse .....

.....

☎. .... / .... / .... / .... / .....

Adresse e-mail : .....@.....

Je souhaite recevoir par e-mail les informations sur les réunions organisées par le Réseau.

Neurologue traitant : .....

adhère au Réseau pour la prise en charge des patients atteints de Sclérose en Plaques (SEP) dans la région Rhône-Alpes.

Ce Réseau de soins établi entre les médecins de ville, des hôpitaux publics et privés, et d'autres professionnels de santé concernés par les patients atteints de SEP, a pour but d'améliorer la prise en charge des patients :

- *en garantissant une même pratique* de diagnostic, de suivi et de traitement dans toute la région Rhône-Alpes, établie sur des recommandations médicales reconnues et validées.
- *en favorisant une prise en charge de proximité*
- *en créant une consultation multidisciplinaire spécialisée, prenant en compte de manière globale les aspects médicaux, sociaux et professionnels de la maladie,*
- *en favorisant l'information des patients* sur la maladie,
- *en améliorant les connaissances sur la maladie* par des travaux de recherche.

Le Réseau s'engage à garantir :

- l'accès aux informations concernant votre santé,
- le respect de leur confidentialité et du secret médical,
- le libre choix des médecins et autres professionnels de santé intervenant dans le cadre de votre maladie.

Des informations médicales vous concernant pourront être informatisées dans un logiciel spécialisé permettant de mieux gérer votre dossier médical. Certaines informations pourront, via une plateforme informatique, être partagées entre les professionnels participant à votre prise en charge. Ces informations vous appartiennent. Vous pourrez à tout moment en demander le retrait par courrier à votre neurologue ou au Président du Réseau. Tout professionnel de santé vous prenant en charge pourra faire une demande d'adhésion au Réseau s'il le souhaite mais cela ne sera en aucun cas obligatoire.

Le Réseau participe également à l'Observatoire Français de la SEP auquel une partie des données, anonymisées, pourront être transmises.

Et, je certifie avoir pris connaissance de ce document et accepte que des informations me concernant soient échangées et informatisées, dans le respect de la confidentialité et du secret médical.

Fait à ..... le .....

Signature :

☎ 04.72.68.13.14

FAX 04.27.86.92.50

[www.rhone-alpes-sep.org](http://www.rhone-alpes-sep.org)

#### **Cellule de Coordination**

[coordination@rhone-alpes-sep.org](mailto:coordination@rhone-alpes-sep.org)

#### **Médecins coordonnateurs**

Dr Laurence GIGNOUX

Dr Géraldine ANDRODIAS

[medecins@rhone-alpes-sep.org](mailto:medecins@rhone-alpes-sep.org)

#### **Secrétariat :**

Mme Sylvie MARTEL

[secretariat@rhone-alpes-sep.org](mailto:secretariat@rhone-alpes-sep.org)

#### **Infirmière Coordinatrice :**

Mme Nathalie MAGRO

#### **Assistante sociale :**

Mlle Nathalie RAYMOND

#### **Attachée de Recherche Clinique :**

Mlle Julie BORGETTO

#### **Neuro psychologue :**

Mme Bernadette MERCIER

#### **Psychologue :**

Mlle Ariane SANCHEZ

#### **Conseil d'Administration**

##### **Présidente :**

Dr. Dominique LATOMBE

##### **Vice-Président :**

Dr. Jean-Jacques VENTRE

##### **Secrétaire :**

Dr. Sandra VUKUSIC

##### **Trésorier :**

Pr. Christian CONFAVREUX

#### **Membres :**

Dr Colette BENETON

Dr Sandrine BLANC

Dr Jean-Philippe CAMDESSANCHE

Mme Lina GIAMPIETRO

Mme Christine IZQUIERDO

M. Stéphane PEYSSON

Dr René SCHERER