



☎ 04.72.68.13.14  
 FAX 04.27.86.92.50  
[www.rhone-alpes-sep.org](http://www.rhone-alpes-sep.org)

**Coordination :**

Dr Laurence GIGNOUX,  
 Neurologue  
 medecins@rhone-alpes-sep.org  
 Mme Ariane SANCHEZ,  
 Psychologue  
 psychologue@rhone-alpes-sep.org

**Secrétariat :**

Mme Sylvie MARTEL  
 secretariat@rhone-alpes-sep.org

**Assistante de coordination :**

Mme Béatrice DUBOIS

**Infirmière Coordinatrice :**

Mme Maylis de FRANQUEVILLE

**Assistante sociale :**

Mme Claire GAVRILENKO

**Neuro-psychologue :**

Mme Marion LACROIX

**Psychologues cliniciens :**

Mme Ariane SANCHEZ

Mme Sophie WELLENS

**Consultation multidisciplinaire :**

**Neurologues :**

Dr Amandine BENOIT

Dr Laurence GIGNOUX

**Médecins rééducateurs :**

Pr Sophie JACQUIN-COURTOIS

Dr Marie Caroline POUGET

**Médecin bilan urodynamique :**

Dr Marie Caroline POUGET

**Médecin du travail :**

Dr Marc Antoine POUGET

**Conseil d'Administration**

**Présidente :**

Dr Dominique LATOMBE

**Secrétaire :**

Dr Stéphane PEYSSON

**Trésorier :**

Pr Sandra VUKUSIC

**Membres :**

Dr Amandine BENOIT

Mme Annabelle BOUAMMARI

Pr Jean-Philippe CAMDESSANCHE

Dr Olivier CASEZ

Dr Françoise DURAND DUBIEF

Mme Lina GIAMPIETRO

Dr Laurent GUILLOTON

Pr Sophie JACQUIN COURTOIS

M. PAILLOT Géraud

## BENEFICIEZ des SERVICES du RESEAU RHÔNE-ALPES SEP (inscription gratuite)

**Je soussigné (e) :**

Mme  M.

Nom .....

Prénom : .....

**Aidant** : Nom et prénom du patient accompagné :

Lien de parenté :  Conjoint(e)  Parent  Enfant  Aidant  Entourage  
 Accueillant familial

**Patient**

Né(e) le ..... / ..... / .....

Adresse postale .....

CP/VILLE .....

☎ ..... / ..... / ..... / .....

(Ecrire votre email en lettres majuscules pour une meilleure relecture – Merci)

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

(La communication sera privilégiée par email.)

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

Neurologue traitant : Dr .....

**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.**
- **En améliorant les compétences de gestion de la maladie, d'adaptation psychologique et la qualité de vie des patients, par le programme d'éducation thérapeutique Act'SEP.**

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 :