



FORMULAIRE D'INSCRIPTION ET DE CONSENTEMENT DU PATIENT

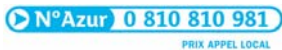
Je soussigné(e) Madame Monsieur :

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le _____

www.sindefi.org

coordination@sindefi.org



Déclare avoir reçu un exemplaire du document d'information-patient du réseau SINDEFI-SEP et en avoir pris connaissance.

Mon inscription au réseau est entièrement volontaire et je peux m'en retirer à tout moment selon les critères prévus dans le document d'information patient.

Réseau SINDEFI-SEP

Immeuble les Gémeaux
2 rue Antoine Etex
94000 CRETEIL
Tel/Fax : 01 42 07 93 68

Fondateur

Pr Alain CREANGE

Equipe de coordination

Neurologue

Dr Serge MREJEN

Infirmières

Pauline PROUTEAU

Danièle PAQUET

Psychologues

Anne-Laure RAMELLI

Anne CARRE

Assistante Sociale

Laëtitia CAPELLI

Coordination Administrative

Fabienne PANZER

Secrétaire

Emilie COUTELAS

Conseil d'Administration

Président : Dr Claude SAINT-VAL

Vice-Présidente :

Dr Brigitte SCHADECK-GUILLEMAUD

Trésorier

Pr Alain CREANGE
Pr Jeanne-Marie AMAT-ROZE
Pr Anne FAGOT-LARGEAULT
Marie-Hélène COLPAERT

Comité de pilotage

Pr Alain CREANGE

Dr Alain AMERI

Dr Jean BECCHIO

Dr Dalia DIMITRI

Dr Marie-Annie LE MOUEL

Dr Isabelle MONTEIL

Danièle PAQUET

Pauline PROUTEAU

Dr Claude SAINT-VAL

Dr Brigitte SCHADECK-GUILLEMAUD

J'autorise l'équipe de coordination du réseau SINDEFI –SEP à :

- Utiliser et conserver dans le dossier informatisé les comptes-rendus médicaux, paramédicaux et psychologiques, et toutes données personnelles et médico-sociales me concernant, que j'aurais transmis ou que le réseau aura sollicités auprès de mes professionnels médico-sociaux.

- Transmettre, si besoin, ces données à tout ou partie de mes professionnels médico-sociaux dont j'ai communiqué les coordonnées au réseau.

- Me proposer de participer à des enquêtes d'évaluation dans le cadre du réseau.

FACULTATIF : Je souhaite désigner une personne majeure (conjoint, parent, ami, etc.) afin de m'accompagner dans mon parcours et qui pourra assister aux entretiens avec les membres de l'équipe du réseau. **Je l'ai informée de sa désignation.** Je pourrai la révoquer à tout moment et en choisir une autre. Il s'agit de :

Nom-Prénom de la personne désignée : _____

Né(e) le : _____ Téléphone : _____

Nature des relations (ami, épouse, père, etc.) : _____

Adresse : _____

Je donne par la présente mon accord volontaire pour m'inscrire au réseau SINDEFI-SEP.

Fait à _____, le _____

Signature du patient ou de son représentant légal:

Fiche de renseignements

VOUS : Mme Mr
NOM : _____ Prénom : _____
Né(e) le : _____/_____/19_____
Adresse : _____
Tél. : Domicile : _____ Portable : _____
e-mail : _____@_____
Qui vous adresse au réseau SINDEFI : Votre médecin généraliste votre neurologue autre : _____
Vous avez connu le réseau SINDEFI grâce à : un ami, un parent Internet Autre précisez : _____

Votre Médecin Traitant :

Docteur : _____ Prénom : _____
Adresse : _____ Tél: _____

Votre Neurologue :

Docteur _____ Prénom _____
Adresse : _____
Tél: _____

Votre Infirmier(e) :

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____ Tél : _____

Votre Kinésithérapeute :

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____ Tél: _____

Autre (précisez orthophoniste, médecin rééducateur...):

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____ Tél: _____

Autre (Assistante sociale...):

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____ Tél: _____

Autre (précisez psychologue, ...):

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____ Tél: _____

Quelles sont vos difficultés actuelles, quels sont vos besoins ? (Ajouter une feuille blanche si besoin)
