

**Réseau SINDEFI-SEP**

Immeuble Créteil Expansion

9/11, rue Georges Enesco

94000 CRETEIL

Tel: 01 58 43 39 00

Fax: 01 42 07 93 68

coordination@sindefi.org

[www.sindefi.org](http://www.sindefi.org)

**FORMULAIRE D'INCLUSION ET DE CONSENTEMENT DU PATIENT**

Je soussigné(e) : ▢ Madame ▢ Monsieur

Nom : Prénom :

Né(e) le :

Adresse : ………………………………………………………………………….

Code postal :…………………. Ville : …………………………………………….

Tél (domicile) : ………………………………Portable :………………………..

E-mail : ………………………………………………………………………………….

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.

**Administrateurs**

**Président**

Pr Alain CRÉANGE, Neurologue

**Vice-Présidente**

Dr Caroline PAPEIX, Neurologue

**Secrétaire**

Dr Alain AMERI, Neurologue

**Secrétaire Adjointe**

Dr Caroline BENSA, Neurologue

**Trésorière**

Dr Irène COMAN, Neurologue

**Trésorière Adjointe**

Dr Catherine LOCHE, Neurorééducateur

Dr Christophe DURET, Neurorééducateur

M Aziz FAKIH TOUZANI, infirmier

Dr Claire GIANNESINI, Neurologue

Dr Karolina HANKIEWICZ, Neurologue

Pr Jérôme HODEL, Neuroradiologue

M Christophe JOLIVET, kinésithérapeute

Dr Claude SAINT-VAL, Neurologue

M Loïc TRINH, kinésithérapeute

**AFNP** Association Française contre les Neuropathies Périphériques

**UNISEP** Union associative de lutte contre la SEP

**Equipe coordinatrice**

**Infirmiers**

Vincent AGNARD

Sophie REDAELLI

**Assistante sociale**

Laetitia CAPELLI

**Psychologues**

Anne-Laure RAMELLI

Charlotte VAN HESPEN

**Assistante administrative**

Laurine VAUTELIN

**Directrice générale**

Fabienne PELE

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 sollicitées auprès de mes professionnels médico-sociaux.

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

- Me proposer de participer à un programme d'éducation thérapeutique, un groupe de parole ...

- 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** :

Mail : Téléphone :

Lien (Conjoint, Parents (lequel ?), ami(e) etc. : ....

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**

**Qui vous adresse au réseau SINDEFI** : Votre médecin généraliste❑ Votre neurologue❑

Autre professionnel de santé❑ Vous-même ❑ Un proche❑ Autre❑ :………………………

**Situation familiale :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ❑Célibataire | | ❑Vie maritale | | | ❑Divorcé(e) |
| ❑Marié(e)/pacsé(e) | | ❑Séparé(e) | | |  |
| Nombre d’enfants : …….. | | Age des enfants : …………………………………. | | | |
| **Qui vit avec vous ? :** | | | | | |
| ❑Conjoint | ❑Enfants (nombre :.….....) | | ❑ Père | ❑Mère | ❑ Autres ……………………………............. |

**Situation socio-professionnelle :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Profession *: …………………………………......................................................................................*** | | | | | |
| ❑ ***Actif :*** *Temps plein* ❑ | | *Partiel* ❑ | *Temps partiel Thérapeutique* ❑ | | *Missions ponctuelles* ❑ |
| ❑ ***Inactif depuis le …. /…. /….. pour le motif suivant :*** ❑*Arrêt maladie*  ❑*Chômage depuis le............................* | | | | | |
| ❑**Étudiant(e)** | ❑**Retraité(e)** | | | ❑**Sans Profession** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° sécurité sociale:** .... /…... /…... /…... /…….../.……./ …../ Mutuelle ❑ (nom) :……………………………… | | | | | | | | |
| ***Régime :*** | Général ❑ | Agricole ❑ | | | Indépendant (RSI) ❑ | | |  |
| Autre ❑ (RATP, justice…) ………............................................ | | | | | | | | |
| **N° dossier MDPH*:*** ............................................ | | | |  |  | |  |  | | |

**Situation médicale :**

**Année du diagnostic :** ………………………………………………………………………………………………………………………………..……..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **❑Sclérose en plaques** | | ❑**Autre maladie neurologique (Précisez): ………………………….** | |
| ***Traitement(s) passé(s) et/ou actuel*** | ***De….. à / Depuis*** | ***Traitement(s) passé(s) et/ou actuel*** | ***De….. à / Depuis*** |
| ❑Aubagio |  | ❑Immunoglobulines |  |
| ❑Avonex |  | ❑Autre : |  |
| ❑Bétaféron |  |  |  |
| ❑Copaxone |  |  |  |
| ❑Corticoïdes mensuels |  |  |  |
| ❑Gilenya |  |  |  |
| ❑Lemtrada |  |  |  |
| ❑Plégridy |  |  |  |
| ❑Rebif |  |  |  |
| ❑Tecfidera |  |  |  |
| ❑Tysabri |  |  |  |
| ❑Autre: |  |  |  |

**Date de votre dernière consultation neurologique : ………………..……..……........**

**Prochain rdv :…………………..…………………**

**Êtes-vous suivi(e)pour une autre maladie ?**  ❑oui ❑non

Si oui laquelle : ………………………………………………………………..…………………………………………………………………

**COORDONNEES DE VOS PROFESSIONNELS DE SANTE**

**Votre Médecin Généraliste :** Docteur : Prénom:

Adresse:

Tél : E-Mail: @

**Votre Neurologue :** Docteur : Prénom:

**Vous le consultez :**

❑à l’Hôpital …………………………….............................................................

❑à son cabinet……………….………........................................................................

Tél : E-Mail: @

**Votre infirmier, kinésithérapeute, médecin rééducateur, orthophoniste, psychologue, organisme au domicile, travailleur social, Curateur/Tuteur etc...** (Si vous en avez un) **:**

**Spécialité :**

Nom-Prénom :

Adresse :

Tél : E-Mail: @

**Spécialité :**

Nom-Prénom :

Adresse :

Tél : E-Mail: @

**Spécialité :**

Nom-Prénom :

Adresse :

Tél : E-Mail: @

**Quelles sont vos demandes? En quoi le réseau peut-il vous aider?**

* Informations sur la maladie, les symptômes, les traitements
* Aide à la mise en œuvre des prescriptions de vos médecins
* Soutien psychologique individuel, conjugal, familial ; groupe de parole
* Orientation vers un professionnel
* Informations et conseils sur vos droits et vos démarches administratives (travail, aide à domicile, …)

**Autres précisions sur vos attentes, symptômes gênants :**

***(Ajouter une feuille blanche si besoin) :***