



## 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 : .....

### 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

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.

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**

#### 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

## 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 :** .....

<input type="checkbox"/> Sclérose en plaques		<input type="checkbox"/> Autre maladie neurologique (Précisez): .....	
<i>Traitement(s) passé(s) et/ou actuel</i>	<i>De.... à / Depuis</i>	<i>Traitement(s) passé(s) et/ou actuel</i>	<i>De.... à / Depuis</i>
<input type="checkbox"/> Aubagio		<input type="checkbox"/> Immunoglobulines	
<input type="checkbox"/> Avonex		<input type="checkbox"/> Autre :	
<input type="checkbox"/> Bétaféron			
<input type="checkbox"/> Copaxone			
<input type="checkbox"/> Corticoïdes mensuels			
<input type="checkbox"/> Gilenya			
<input type="checkbox"/> Lemtrada			
<input type="checkbox"/> Plégridy			
<input type="checkbox"/> Rebif			
<input type="checkbox"/> Tecfidera			
<input type="checkbox"/> Tysabri			
<input type="checkbox"/> 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) :*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---