

Mon médecin traitant et/ou un professionnel de santé de l'équipe éducative de la **CPTS Lys-Armentières** m'a proposé de participer à un programme d'éducation thérapeutique.

« Le diabète... dialoguer, partager, apprendre ensemble »

Les informations relatives au programme sont présentées au verso.

Ma participation à ce programme est volontaire. Je peux l'interrompre à tout moment, sans avoir à en préciser les raisons et sans que cela ne compromette la qualité des soins qui me sont dispensés.

ENGAGEMENT DE LA PERSONNE PARTICIPANT AU PROGRAMME D'ETP (cochez les cases pour validation) :

En participant à ce programme :

- J'accepte que mes informations personnelles et/ou médicales soient partagées entre les soignants de l'équipe éducative et mon médecin traitant.
 - J'accepte que mes coordonnées soient transmises au référent administratif de l'équipe. Ce référent me confirmera les dates des ateliers auxquels je m'engage à participer. Le référent administratif informera par courrier mon médecin traitant de l'évolution de mon parcours en ETP.

Je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires à mon médecin traitant et/ou au professionnel de santé qui m'a orienté vers ce programme.

- J'ai pris connaissance des conditions de déroulement et des objectifs du programme en lisant la plaquette.

J'accepte librement et volontairement de participer au programme dans les conditions qui m'ont été présentées.

RENSEIGNEMENTS :

Nom et Prénom :

sex : H F

Adresse :

Téléphone :

Code postal : Ville :

Fait à : _____ le : _____

Signature:

INFORMATION DE L'INCLUSION MÉDECIN TRAITANT

Médecin traitant : Dr _____ **Téléphone :** _____

Messagerie sécurisée :

- J'ai bien pris connaissance du souhait de participation de mon patient à un programme éducatif de 1er recours et confirme son inclusion
 - Je confirme mon souhait de bénéficier d'informations régulières concernant le déroulement du programme et l'évaluation individuelle, conformément à l'article L.1161-2 du Code de la santé publique relatif au cahier des charges des programmes d'ETP.

Si toutefois vous avez des observations ou des remarques concernant cette intégration, nous vous invitons à nous les transmettre dans les plus brefs délais.

Fait à :

, le

Signature médecin :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique dans le cadre de l'organisation d'ateliers d'éducation thérapeutique. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, merci de bien vouloir vous adresser au référent administratif.

Le programme d'éducation thérapeutique est proposé par la CPTS Lys Armentières. Il vise à mieux comprendre votre maladie et améliorer votre quotidien.

Le programme complet comprend 5 ateliers collectifs et interactifs de 2 heures intégralement pris en charge.

Chaque atelier est animé par des professionnels de santé qualifiés qui allient discussions, conseils pratiques et moments d'échange avec d'autres participants. Notre objectif est de proposer un cadre à la fois pédagogique et convivial pour répondre au mieux à vos besoins.

Thèmes abordés :

- La maladie : comprendre, agir, réagir
- L'alimentation : équilibrer ses repas selon ses envies
- L'activité physique : bouger plus pour sa santé
- Le soin des pieds : prévenir et prendre soin
- Les traitements : gérer son traitement au quotidien

En intégrant le programme, vous vous engagez à participer aux 5 ateliers de 2h.

Avant le début des ateliers, un bilan éducatif individuel est réalisé afin d'adapter le programme à vos besoins.

Merci de renvoyer le formulaire d'inclusion complété par le médecin à l'adresse :

 etp@cpts-lys-armentieres.fr

ou par voie postale :

CPTS Lys Armentières
13 bis RN avenue du Président François Mitterrand
59280 Armentières

Vous serez contactés par la CPTS dès que les dates et lieu des ateliers seront fixées.

La CPTS Lys-Armentières