|  |  |
| --- | --- |
| **Logo Structure** | **Modèle - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT** **POUR LES PATIENTS PARTICIPANT AUX PROGRAMMES D’EDUCATION THERAPEUTIQUE**  |

Le Docteur Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. m’a proposé(e) de participer à un programme d’éducation thérapeutique intitulé : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

J’ai reçu une notice d’information précisant le but et les modalités de déroulement de ce programme.

Ma participation est totalement volontaire et je peux si je le désire interrompre ma participation au programme à tout moment sans avoir à en préciser les raisons et sans compromettre la qualité des soins qui me sont dispensés. Il me suffit d’en informer le responsable du programme.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

En participant à ce programme :

* J’accepte que les informations personnelles et/ou médicales puissent être partagées avec les autres interlocuteurs en lien avec le programme, et/ou de l’équipe soignante et/ou le médecin traitant

 Oui  Non

* J’accepte que les données recueillies par les évaluations du programme puissent être utilisées (de façon anonyme) pour des études de recherche.

 Oui  Non

Je bénéficie à tout moment d’un droit d’accès et de rectification des données informatisées me concernant dans le cadre de ce programme, conformément aux dispositions légales en vigueur.

J’ai été informé (e) que les informations échangées entre patients au cours des ateliers restent confidentielles et ne doivent pas être diffusées en dehors des séances d’ETP.

**J’accepte librement et volontairement de participer à ce programme dans les conditions précisées dans la notice d’information.**

Je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires au Docteur Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte., n° de téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte..

De M., Mme, Mlle ……………………………………………………...…. *(nom, prénom)*

Demeurant……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…………... *(adresse)*

**Fait à ………………………….**

**Le ……. / ……. / ……………..**

**Signature du patient¹ Signature du médecin**

***(Fait en deux exemplaires : un exemplaire est remis au patient, le second exemplaire est conservé par le responsable)***

*¹ Si le patient est mineur, signature de son parent ou tuteur légal, ou de l’aidant familial en cas d’impossibilité*