|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logo structure | **Consentement du patient** | **Inclusion dans le programme d’éducation thérapeutique du patient intitulé****« ………………………………………….……………….. »** |

Je soussigné (e),

**Nom : …………………………………….**

**Prénom : …………………………………**

**Date de naissance : ………………………**

certifie avoir été informé(e) du programme d’Education Thérapeutique personnalisé qui m’a

été proposé,

❐**J’accepte** ❐**Je refuse**

de participer à ce programme.

J’ai bien pris note que j’avais la possibilité de sortir du programme à tout moment, sans subir

aucun préjudice d’aucune nature.

❐**J’accepte** ❐**Je refuse**

que les informations concernant ma santé et mon programme d’Education Thérapeutique

soient partagées entre les différents professionnels de santé qui me prennent en charge

(médecins et paramédicaux).

Je suis informé(e) que l’exploitation des données individuelles respecte les dispositions de la

loi no 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l’égard des

traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi no 78-17 du 6 janvier 1978

relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée. Cette exploitation de données

fait l’objet des autorisations et déclarations prévues notamment par ces dispositions légales.

Fait à , le ………………………… Signature du patient[[1]](#footnote-1)

1. *Si le patient est mineur, signature de son parent ou tuteur légal, ou de l’aidant familial en cas d’impossibilité* [↑](#footnote-ref-1)