**Exemple : CONSENTEMENT AU PROGRAMME D’EDUCATION THERAPEUTIQUE (nom du programme)**……………………….…………………………………

Mademoiselle ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_

Adresse :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ Portable : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Courriel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : Dr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Je, soussigné(e) :

M’engage à suivre le programme d’Éducation Thérapeutique …………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………, défini avec moi lors de l’entretien du diagnostic éducatif.

Je reconnais avoir reçu une information éclairée concernant mon programme personnalisé.

Je m’engage, à l’issue du diagnostic éducatif, à réaliser les ateliers préconisés.

Je peux retirer ma participation à ce programme à tout moment par simple notification adressée par écrit au secrétariat sans en supporter aucune conséquence.

Je suis informé(e) que les professionnels ont signé une charte de confidentialité que je peux consulter après en avoir fait la demande.

Par la présente, je reconnais que les informations personnelles et médicales recueillies ne peuvent être transmises aux interlocuteurs concernés par le programme et/ou à l’équipe soignante qu’avec mon accord. Ces données, après avoir été anonymisées, serviront à l’évaluation annuelle et quadriennale de ce programme transmise à l’ARS-Aquitaine.

Elles sont soumises à la règlementation en vigueur, (Loi n°2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles\*) et je peux les consulter à tout moment auprès du secrétariat pour modification- ACREDIA Atlantique Diabète au 05.46.45.67.32.

À \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mention « Lu et approuvé », Signature :