



CHARTRE D'ADHESION DES INFIRMIER(E)S AU RESEAU VENDEE DIABETE

Réseau Vendée Diabète
Les Oudairies
85925 LA ROCHE SUR YON CEDEX 9
☎ 02 51 37 89 46
✉ vendee-diabete@orange.fr

Le réseau **VENDEE DIABETE** est promu par l'association **DIABETE 85** dans le cadre de la législation sur les réseaux de santé.

Cette adhésion me permet de :

- Trouver une aide pour répondre à mes interrogations sur la prise en charge de mes patients.
- Bénéficier d'informations et de formations délivrées par le réseau.
- Bénéficier d'une meilleure collaboration entre les différents médecins, paramédicaux et établissements de santé et partager mes expériences.
- Apporter mon appréciation sur le fonctionnement et la gestion du dossier.
- Etre informé de l'évolution de l'activité du réseau.

Cette adhésion m'engage à :

- Participer à une formation initiale « Diabète et Réseau » indemnisée.
- Accepter « mon » inscription sur l'annuaire des professionnels de santé membres du réseau qui sera exclusivement réservé à l'usage interne du réseau.
- Informer les patients des services rendus par le réseau et de l'intérêt d'y adhérer.
- Noter dans le carnet de liaison du patient les données pertinentes de son suivi.
- Participer à l'évaluation du réseau, du dossier et du suivi du patient.
- Prévenir le réseau dans le cas de mon retrait de celui-ci.
- Respecter les principes détaillés dans la charte constitutive.

Des renseignements me concernant seront informatisés. Ces informations feront l'objet d'une protection légale afin de respecter la confidentialité et le secret médical. Aucune exploitation nominative des dossiers ne sera diffusée. Selon la procédure prévue par la Loi Informatique et Liberté N° 78-17, du 6 janvier 1978, je peux prendre connaissance et rectifier les informations me concernant auprès du coordonnateur du réseau.



FORMULAIRE D'ADHESION INFIRMIER(E)S AU RESEAU VENDEE DIABETE

Réseau Vendée Diabète
CHD les Oudairies
85925 LA ROCHE SUR YON CEDEX 9
☎ 02 51 37 89 46
✉ vendee-diabete@orange.fr

Je soussigné(e)

Adresse professionnelle :

.....

Code postal : Commune :

☎ : ☎ :

Numéro de fax :

N° SIRET.....

Adresse e-mail :

déclare adhérer au Réseau de santé **VENDEE DIABETE** selon les modalités définies dans la convention constitutive.

Fait à : Le :

Signature :