

Note d'information et Recueil de Consentement du PATIENT



Votre Rhumatologue vous a signalé oralement et remis ce document pour vous signaler l'existence d'un Réseau de prise en charge des Rhumatismes Inflammatoires Chroniques, dont voici les objectifs :

- Améliorer la prise en charge coordonnée et pluridisciplinaire des patients atteints de Rhumatismes Inflammatoires Chroniques (RIC) et en particulier de Polyarthrites Rhumatoïdes, rhumatisme psoriasique et de Spondyloarthropathies.
- Favoriser la précocité du diagnostic et du traitement par les rhumatologues grâce à une formation adaptée des médecins généralistes et des para-médicaux : Pharmaciens, Infirmières, Podologues, Kinésithérapeutes, Psychologues, Ergothérapeutes.
- Améliorer la prise en charge des patients en particulier par l'accès, pour ceux qui le justifient, aux nouveaux traitements, en particulier les Biothérapies
- Favoriser la diffusion des informations validées aux Médecins Généralistes, aux professionnels de santé, et aux associations de malades
- Apporter sous certaines conditions une aide aux soins de pédicurie, et à une prise en charge ergothérapique.
- Par l'utilisation des données (Statut immunologique, antécédents, activité de la maladie, efficacité médicamenteuses antérieures, ou effets secondaires), apporter des réponses à certaines questions importantes, comme les facteurs prédictifs de l'efficacité des traitements, l'optimisation du suivis des thérapeutiques, et une déclaration des effets secondaires.

Le patient atteint d'un Rhumatisme Inflammatoire Chronique

(Polyarthrite Rhumatoïde, Rhumatisme Psoriasique ou Spondyloarthropathie)

Je, soussigné(e) Nom : _____ Prénom : _____

accepte par la présente d'être pris en charge dans le cadre du réseau RIC.

J'accepte que les informations médicales me concernant soient disponibles dans un dossier informatisé qui est hébergé la SIB, organisme agréé pour l'hébergement de données de santé.

J'accepte que ce dossier partagé soit accessible aux seuls médecins que j'autoriserai afin qu'ils consultent les informations nécessaires à ma prise en charge.

J'ai compris que je garde la liberté de choisir mon médecin traitant et mon rhumatologue et que je peux quitter le réseau RIC à tout moment, sans avoir à me justifier et sans aucune conséquence sur la qualité des soins que je suis en droit d'attendre.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à votre rhumatologue ou au coordinateur du réseau RIC. Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L.1111-7 du code de la santé publique.

A

Signature du Patient

, le / / .

Signature du Médecin