

**CONSENTEMENT à la participation
au programme d'Education Thérapeutique patients présentant un
Syndrome Néphrotique Idiopathique (SNI)**

Madame, Monsieur,

Notre équipe vous propose de participer à un programme d'éducation thérapeutique, réalisé en collaboration avec des représentants des usagers.

Votre participation est libre et volontaire. Vous pouvez accepter ou refuser de participer à ce programme, sans avoir à vous justifier.

Vous pouvez également cesser à tout moment votre participation, sans que cela puisse vous être reproché.

En paraphant ce document, vous signalez votre volonté de vous inscrire à ce programme.

Au cours de ce programme, nous vous accorderons des temps d'échanges et de rencontres privilégiés, au cours desquels nous aborderons votre parcours de vie, vos attentes, vos interrogations et votre ressenti face à la maladie chronique.

Ensemble, nous élaborerons un programme personnalisé d'actions portant sur les connaissances prioritaires à acquérir et sur votre participation aux activités proposées, qui pourront comprendre des rencontres individuelles et/ou des ateliers collectifs.

Les informations d'ordre personnel ou médical que je serai amené(e) à transmettre aux personnes en charge du programme éducatif ne seront pas partagées avec d'autres interlocuteurs sans que je donne mon accord, y compris au sein du programme éducatif et/ou de l'équipe soignante.

En particulier, je donne mon autorisation pour que les informations me concernant soient partagées entre membres de l'équipe éducative de l'hôpital.

De même, certaines informations échangées lors des séances éducatives pourront être transmises aux professionnels que je désigne ci-après

Au cours de ce partenariat, notre objectif est de vous aider à mieux appréhender votre état de santé et d'améliorer votre qualité de vie.

Avec votre accord, nous informerons votre médecin traitant de ce projet.

Nous sommes à votre écoute pour mieux répondre à vos besoins, n'hésitez pas à rencontrer les membres de notre équipe et à les solliciter.

Nom / Prénom :

Né(e) le :

Date :

Signature du patient :

Date :

Signature du référent en éducation :