



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES PATIENTS BENEFICIAINT D'UN ACCOMPAGNEMENT PAR LE DAC 44

De M, Mme,

Demeurant.....

.....

Le programme « **Éducation thérapeutique du patient diabétique de type 2** » m'a été proposée par.....

J'ai été informé(e) du but et des modalités de déroulement de cet accompagnement. Cette prise en charge me permet de participer à un programme d'éducation thérapeutique (dans les conditions précisées dans la notice d'information). Celle-ci s'effectue en concertation avec mon médecin traitant et les spécialistes qui me suivent, ils seront informés de mon parcours au sein du DAC 44.

Ma participation est totalement volontaire et je peux si je le désire interrompre ce suivi à tout moment sans avoir à en préciser les raisons et sans compromettre la qualité des soins qui me sont dispensés.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Je bénéficie à tout moment d'un droit d'accès et de rectification des données informatisées me concernant, conformément aux dispositions légales en vigueur. En ce qui concerne des données de santé à caractère personnel, ce droit pourra être directement exercé par moi ou par l'intermédiaire du médecin de mon choix. *(Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la Loi du 6 août 2004).*

J'accepte librement et volontairement la prise en charge par le DAC 44.

Je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires à un professionnel du DAC 44, par téléphone au : **02 40 47 82 44** ou via l'adresse mail : **contact@dac44.fr**

Fait à

Le / /

Signature du patient ou des représentants légaux

Signature du représentant DAC 44