

CHARTRE D'ADHESION PROFESSIONNEL DE SANTE

Le Réseau Obésité Multidisciplinaire des Départements franciliens a pour but d'améliorer la qualité des soins apportés aux personnes adultes obèses (indice de masse corporelle supérieur à 30 Kg/m² ou supérieur à 28 Kg/m² avec comorbidités). Il est promu par l'association GRESMO et est financé par l'Agence Régionale de Santé dans le cadre des dispositions légales relatives aux réseaux de santé régionaux.

Les axes de travail du réseau de santé régional ROMDES sont :

- une meilleure coopération entre les différents médecins, paramédicaux et établissements de soins,
- l'engagement de ces médecins généralistes, spécialistes et paramédicaux à se conformer aux « recommandations de bonnes pratiques » issues de l'état actuel de la science et auxquelles ils ont librement adhéré dans le cadre du réseau,
- l'accès à des actes éducatifs pris en charge notamment dans les domaines de la diététique, de la thérapie comportementale et de l'activité physique.

En adhérant au réseau je participerai à l'amélioration du service rendu aux patients.

Cette adhésion ne modifie pas la possibilité de mes patients adhérents au réseau de choisir librement les autres médecins qu'ils sont amenés à consulter dans le cadre du traitement de leur obésité, de ses complications et des facteurs de risque associés. Cependant, je m'engage à informer ces autres médecins des protocoles de soins adoptés par le réseau et à leur proposer d'adhérer au réseau, soit moi-même soit en communiquant leurs coordonnées au secrétariat du réseau. Mon adhésion au réseau pourra être communiquée à mes correspondants médecins mais ne fera l'objet d'aucune publicité et ne sera mentionnée ni sur ma plaque ni sur aucun de mes autres documents professionnels.

Afin d'éclairer ma décision j'ai reçu et j'ai bien compris les informations ci-dessus et j'accepte

- de participer à l'élaboration et au suivi du plan éducatif personnalisé proposé à mes patients,
- de bénéficier d'un appui à la coordination suite à ma demande, dans le cas de patients souffrant d'obésité en situation complexe,
- mon inscription sur l'annuaire des professionnels de santé membres du réseau qui sera exclusivement réservé à l'usage interne du réseau,
- de participer à la diffusion d'outils d'appui promus par le réseau,
- de participer à l'élaboration du plan personnalisé de santé du patient, dans une situation complexe
- de participer à la mise en place du programme éducatif personnalisé du patient, dans le cadre des programmes d'éducation thérapeutique en ambulatoire, promus par le réseau
- de mettre à la disposition de l'équipe de coordination du réseau les éléments du dossier médical de mes patients permettant le suivi de l'expérimentation et son évaluation, dans le respect du secret médical.

Mon adhésion au réseau ne me décharge en rien de mes responsabilités vis à vis des patients ni de mes obligations déontologiques. **Je pourrai à tout moment, si je le désire, arrêter ma participation au réseau.** J'en informerai mes patients inclus dans le réseau et le coordonnateur du réseau.

Les professionnels de santé adhérents du réseau peuvent s'informer sur les actions et prestations éducatives (psycho-comportementales, Activité Physique Adaptée, diététiques) proposées par le réseau en téléphonant au secrétariat : **01 69 25 89 57** et en consultant le site internet **romdes-pro.fr**.

Les données de l'adhérent sont traitées sur un système informatique sécurisé, il a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL. Conformément à la réglementation en vigueur (RGPD (UE) 2016/679 du 27/04/2016 entré en vigueur le 25/05/2018), chaque professionnel de santé adhérent dispose d'un ensemble de droits le concernant dont le détail est consultable à l'adresse suivante : <http://romdes-pro.fr/politique-de-confidentialite-et-de-protection-des-donnees/> et qu'il pourra exercer en écrivant à dpo@romdes.net.

Je soussigné(e) M/Mme (NOM/Prénom)

Profession

Exerçant à

J'accepte d'adhérer à ce réseau dans les conditions précisées ci-dessus.

Je m'engage à communiquer tout changement dans mes coordonnées dans les meilleurs délais.

Fait à

Tél : __ / __ / __ / __ / __

Le __ / __ / ____

Email* :

Cachet et signature du professionnel

N° ADELI : __ / __ / __ / __ ou

RPPS : _ / _ / _ / _ / _

* adresse email non sécurisée