

CHARTRE D'ADHESION PATIENT

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.

Chaque personne respectant les critères d'inclusion peut adhérer au réseau en signant ce document et peut ensuite en sortir par simple notification adressée par écrit au coordonnateur, sans en supporter aucune conséquence.

L'adhésion au réseau est gratuite et ne retire pas aux usagers le libre choix des médecins et des professionnels de santé qu'ils consultent pour les soins liés à leur obésité ou à toute autre pathologie. Leur seul engagement est de répondre à un questionnaire de satisfaction annuel portant sur le réseau.

Les 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**. Il peut également accéder à des ateliers numériques sur la plateforme **barnabe.io**.

Les adhérents autorisent leur médecin traitant à communiquer les données extraites de leur dossier médical strictement nécessaires à la coordination de leur prise en charge par le Réseau, et vice versa. Les données de l'adhérent sont traitées sur un système informatique sécurisé conforme aux recommandations de la Haute Autorité de Santé, 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 adhérent dispose d'un ensemble de droits le concernant dont le détail est consultable à l'adresse suivante : <http://romdes-pro.fr/a-propos-2/politique-de-confidentialite/> et qu'il pourra exercer en écrivant à dpo@romdes.net.

Je soussigné(e) (NOM/Prénom¹)

Né(e) le à : CP² ou Pays :

N° de Sécurité Sociale : Anc. adhérent REPOP IDF :

Demeurant à

Informations administratives du patient certifiées/recueillies via : CNI Passeport Livret de famille Carte de séjour

Certifie que le (Nom, prénom, profession)

m'a proposé d'adhérer au Réseau Obésité Multidisciplinaire des Départements franciliens (ROMDES).

Il m'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser sans que cela ne change en rien nos relations.

Médecin traitant du patient :

Nom : Prénom :

Adresse : CP/Ville

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

Fait à Tél du patient³ :

Le Email du patient :

Cachet et signature du professionnel Signature du patient

¹ dans l'ordre de l'état civil avec des tirets pour les prénoms composés ² pour la France uniquement ³ uniquement les chiffres

Pour les professionnels de santé : à renvoyer à ROMDES numérisé en PDF par mail sécurisé

Pour les adhérents : à renvoyer par courrier postal ou numérisé en PDF par mail au secrétariat

Ce formulaire d'adhésion a été présenté aux Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins de l'Essonne et de Seine et Marne.

CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE

Je soussigné(e), _____, Docteur en médecine, après avoir examiné
ce jour _____
né(e) le _____, certifie après examen que son état de santé actuel :

- Ne présente pas de contre-indications cliniques à la pratique des activités physiques ou sportives dans le cadre de la prise en charge multidisciplinaire du réseau ROMDES
- Présente une contre-indication à la pratique des activités physiques ou sportives suivantes :

Cachet du médecin

Date et signature du médecin

¹ Rayer la mention inutile

Pour les professionnels de santé : à renvoyer à ROMDES numérisé en PDF par mail sécurisé

Pour les adhérents : à renvoyer par courrier postal ou numérisé en PDF par mail au secrétariat

Ce formulaire d'adhésion a été présenté aux Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins de l'Essonne et de Seine et Marne.

Bon pour de l'activité physique adaptée

Bon pour une consultation avec un(e) enseignant en activités physiques adaptées (APA). La consultation a pour objectif d'évaluer les besoins et les possibilités du (de la) patient(e) et de l'accompagner vers la reprise progressive d'une activité physique adaptée à ses ressources physiques, psychologiques et socio-économiques. Cette prestation est gratuite. Ce bon ne remplace pas le certificat médical.

ROMDES (Réseau de santé Régional Obésité adultes) Association GRESMO

Médecin référent(e)

Nom Prénom:

Adresse :

Téléphone:

Email:

Je souhaite recevoir le rapport de suivi du (de la) patient(e)



Identité du (de la) patient(e):

Nom Prénom:

Adresse :

Téléphone:

Email:



Antécédents médicaux ayant un impact sur la pratique d'une activité physique

Cardiovasculaire :

- Insuffisance Cardiaque
- cardiopathie ischémique
- trouble du rythme cardiaque
- AOMI
- hypertension artérielle
- Autre:

Pulmonaire :

- Asthme
- BPCO
- Autre:

Métabolique:

- Diabète
- Obésité
- Autre:

Locomoteur:

- Arthrose
- Prothèse
- Localisation Mal. rhumatologique
- Autre:

Neurologique:

- Mal. dégénérative (SEP, Parkinson...)
- Séquelles d'AVC
- Polyneuropathie
- Autre:

Psychologue:

- Troubles anxieux
- Troubles dépressifs
- Troubles psychotiques
- Troubles cognitifs
- Autre:



Traitements ayant un impact sur la pratique d'une activité physique

Insuline/hypoglycémiant oral Anticoagulation (Xarelto, Sintrom...) Bêtabloquant Bronchodilatateur

Autres traitements:

Objectifs thérapeutiques, en concertation avec le (la) patient(e) :

- Bilan des capacités physiques (par des tests sous-maximaux): endurance, force, équilibre, souplesse
- Intégration du mouvement au quotidien (au travail, dans les déplacements...)
- Connaissance des effets positifs de l'activité physique sur la santé
- Autre:

