



**PRETY-D**

Programme d'Education Thérapeutique Sud Yvelines  
des patients Dououreux chroniques en ville

**DOCUMENT D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT DU PATIENT**

(à établir en 2 exemplaires : remettre un exemplaire au participant et renvoyer l'autre à la cellule de coordination)

• **Identification**

- Intitulé du programme d'ETP : PRETY-D
- Coordonnateur du programme : Réseau Le Pallium

• **But général du programme**

Vous êtes invité à participer à un programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) dont l'objectif est de vous aider à acquérir ou maintenir les compétences dont vous avez besoin pour gérer au mieux votre vie avec votre douleur chronique.

• **Principe**

Dans le cadre de ce programme, vous pourrez participer à différentes activités, telles que des séances individuelles, des ateliers collectifs, être amené à remplir des questionnaires, etc.

Ces activités seront personnalisées en fonction de vos besoins.

• **Confidentialité**

Il est entendu que les renseignements recueillis lors de ce programme sont confidentiels et que seuls les professionnels de santé formés à l'ETP qui vous prennent en charge y auront accès.

Il est entendu que les données vous concernant recueillies et informatisées seront exploitées dans le respect absolu des dispositions de la loi 2004-801 du 6 Août 2004 relative à la protection des personnes physiques. Vous pouvez si vous le souhaitez exercer votre droit d'opposition à l'enregistrement de ces données.

• **Participation volontaire**

Votre participation à ce programme est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au programme sans aucune contrainte ou pression extérieure, et que par ailleurs vous êtes libre de mettre fin à votre participation à tout moment au cours de ce programme sans justification à donner ni préjudice d'aucune nature. Votre refus d'entrer dans ce programme ou l'interruption en cours de parcours n'aura aucune conséquence sur votre prise en charge habituelle.

• **Questions sur le programme**

Vous pouvez contacter un membre de l'équipe au numéro de téléphone suivant pour toute information complémentaire : Céline Thibault au 01 30 13 06 37

• **Prise en charge financière**

Aucune participation financière ne sera demandée au participant. Ce programme est pris en charge par des financements publics.

• **Signature**

Je, soussigné, ....., reconnais avoir lu le présent document et consens à participer à ce programme d'ETP.

Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je peux y mettre fin à tout moment sans justification à donner et sans préjudice d'aucune nature. Il me suffit d'en informer le responsable du programme.

J'autorise l'équipe « PRETY-D » à transmettre mon dossier éducatif auprès de mon équipe soignante (éducateurs du programme ETP et mes professionnels de santé)  oui  non

Fait à .....

Le .....

Signature du participant :