



## Formulaire d'information et d'adhésion patient au Réseau USICAR

Je soussigné .....  
N° de sécurité sociale \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_  
Caisse d'affiliation .....  
demeurant à .....

certifie que

Le Docteur..... m'a proposé d'adhérer au réseau USICAR. Ce réseau est promu en collaboration avec les Cliniques et Hôpitaux de la région avec le soutien des Caisses d'Assurance Maladie. Il m'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser, cela ne changera pas nos relations pour mon traitement. Je garde le libre choix de mes médecins.

### Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu et j'ai bien compris les informations suivantes :

Le but de ce Réseau de Santé est d'améliorer la qualité du suivis des patients atteints d'insuffisance cardiaque, dans le respect de leur libre choix, grâce à :

- une plus grande coopération entre les différents médecins, paramédicaux et établissements de soins
- l'engagement de ces médecins généralistes, spécialistes et paramédicaux à appliquer les recommandations et les données scientifiques les plus récentes
- l'offre de nouveaux services : des consultations pour mieux comprendre ma maladie, des consultations de diététique, une éducation concernant la consommation d'eau et de sel, de lutte contre la sédentarité, de soutien psychologique ainsi qu'une surveillance à domicile par téléphone ou par télé surveillance (notice explicative).
- A signaler que les messages de télésurveillance sont lu tous les jours sauf les samedis, dimanches et jours fériés ; en cas d'urgence contacter les soins intensifs de la maison du Diaconat pour les patients suivis au à la clinique au N° 03.89.32.76.71, le service de soins intensifs du GHR Mulhouse Sud Alsace au N° 03.89.64.76.22, ou le SAMU au N° 15.
- Les échanges entre le médecin et le patient peuvent être facilité par la téléconsultation et la téléexpertise.

En adhérant au réseau, je bénéficie pleinement de ces améliorations et de ces services.

### J'accepte d'adhérer à ce réseau dans les conditions précitées.

Mon consentement ne décharge en rien les médecins qui me soignent de leurs responsabilités. Je pourrai à tout moment, si je le désire, arrêter ma participation au Réseau sans supporter aucune pénalisation mais j'en informerai mon médecin traitant.

L'évaluation du réseau fera appel à des données extraites de mon dossier médical. J'autorise mon médecin traitant à communiquer à l'assurance maladie mon adhésion au Réseau et à transmettre ces données aux personnes en charge de l'évaluation. Ces données pourront être saisies et traitées sur informatique à la condition de respecter mon anonymat, dans le respect du secret médical.

Le réseau a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL et conformément à l'article 27 de la loi Informatique et Liberté, je disposerai d'un droit d'accès et de rectification des données me concernant en prenant contact avec le secrétariat de l'USICAR.

Fait à Mulhouse le.....

Nom et signature du patient :

Contrat d'adhésion signé en double exemplaire. 1 pour le dossier partagé, l'autre pour l'Unité de soins des insuffisants cardiaques.



## Formulaire d'information et d'adhésion patient au Réseau USICAR

Je soussigné .....  
N° de sécurité sociale \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_  
Caisse d'affiliation .....  
demeurant à .....

certifie que

Le Docteur..... m'a proposé d'adhérer au réseau USICAR. Ce réseau est promu en collaboration avec les Cliniques et Hôpitaux de la région avec le soutien des Caisses d'Assurance Maladie. Il m'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser, cela ne changera pas nos relations pour mon traitement. Je garde le libre choix de mes médecins.

### Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu et j'ai bien compris les informations suivantes :

Le but de ce Réseau de Santé est d'améliorer la qualité du suivi des patients atteints d'insuffisance cardiaque, dans le respect de leur libre choix, grâce à :

- une plus grande coopération entre les différents médecins, paramédicaux et établissements de soins
- l'engagement de ces médecins généralistes, spécialistes et paramédicaux à appliquer les recommandations et les données scientifiques les plus récentes
- l'offre de nouveaux services : des consultations pour mieux comprendre ma maladie, des consultations de diététique, une éducation concernant la consommation d'eau et de sel, de lutte contre la sédentarité, de soutien psychologique ainsi qu'une surveillance à domicile par téléphone ou par télé surveillance (notice explicative).
- A signaler que les messages de télésurveillance sont lu tous les jours sauf les samedis, dimanches et jours fériés ; en cas d'urgence contacter les soins intensifs de la maison du Diaconat pour les patients suivis au à la clinique au N° 03.89.32.76.71, le service de soins intensifs du GHR Mulhouse Sud Alsace au N° 03.89.64.76.22, ou le SAMU au N° 15.
- Les échanges entre le médecin et le patient peuvent être facilité par la téléconsultation et la téléexpertise.

En adhérant au réseau, je bénéficie pleinement de ces améliorations et de ces services.

### J'accepte d'adhérer à ce réseau dans les conditions précitées.

Mon consentement ne décharge en rien les médecins qui me soignent de leurs responsabilités. Je pourrai à tout moment, si je le désire, arrêter ma participation au Réseau sans supporter aucune pénalisation mais j'en informerai mon médecin traitant.

L'évaluation du réseau fera appel à des données extraites de mon dossier médical. J'autorise mon médecin traitant à communiquer à l'assurance maladie mon adhésion au Réseau et à transmettre ces données aux personnes en charge de l'évaluation. Ces données pourront être saisies et traitées sur informatique à la condition de respecter mon anonymat, dans le respect du secret médical.

Le réseau a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL et conformément à l'article 27 de la loi Informatique et Liberté, je disposerai d'un droit d'accès et de rectification des données me concernant en prenant contact avec le secrétariat de l'USICAR.

Fait à Mulhouse le.....

Nom et signature du patient :

Contrat d'adhésion signé en double exemplaire. 1 pour le dossier partagé, l'autre pour l'Unité de soins des insuffisants cardiaques.



## Formulaire d'information et d'adhésion patient au Réseau USICAR

Je soussigné .....  
N° de sécurité sociale \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_  
Caisse d'affiliation .....  
demeurant à .....

certifie que

Le Docteur..... m'a proposé d'adhérer au réseau USICAR. Ce réseau est promu en collaboration avec les Cliniques et Hôpitaux de la région avec le soutien des Caisses d'Assurance Maladie. Il m'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser, cela ne changera pas nos relations pour mon traitement. Je garde le libre choix de mes médecins.

### Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu et j'ai bien compris les informations suivantes :

Le but de ce Réseau de Soins est d'améliorer la qualité des soins aux patients atteints d'insuffisance cardiaque, dans le respect de leur libre choix, grâce à :

- une plus grande coopération entre les différents médecins, paramédicaux et établissements de soins
- l'engagement de ces médecins généralistes, spécialistes et paramédicaux à appliquer les recommandations et les données scientifiques les plus récentes
- l'offre de nouveaux services : des consultations pour mieux comprendre ma maladie, des consultations de diététique, une éducation concernant la consommation d'eau et de sel, de lutte contre la sédentarité, de soutien psychologique ainsi qu'une surveillance à domicile par téléphone ou par télé surveillance (notice explicative).
- A signaler que les messages de télésurveillance sont lu tous les jours sauf les samedis, dimanches et jours fériés ; en cas d'urgence contacter les soins intensifs de la maison du Diaconat pour les patients suivis au à la clinique au N° 03.89.32.76.71, le service de soins intensifs du GHR Mulhouse Sud Alsace au N° 03.89.64.76.22, ou le SAMU au N° 15.
- Les échanges entre le médecin et le patient peuvent être facilité par la téléconsultation et la téléexpertise.

En adhérant au réseau, je bénéficie pleinement de ces améliorations et de ces services.

### J'accepte d'adhérer à ce réseau dans les conditions précitées.

Mon consentement ne décharge en rien les médecins qui me soignent de leurs responsabilités. Je pourrai à tout moment, si je le désire, arrêter ma participation au Réseau sans supporter aucune pénalisation mais j'en informerai mon médecin traitant.

L'évaluation du réseau fera appel à des données extraites de mon dossier médical. J'autorise mon médecin traitant à communiquer à l'assurance maladie mon adhésion au Réseau et à transmettre ces données aux personnes en charge de l'évaluation. Ces données pourront être saisies et traitées sur informatique à la condition de respecter mon anonymat, dans le respect du secret médical.

Le réseau a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL et conformément à l'article 27 de la loi Informatique et Liberté, je disposerai d'un droit d'accès et de rectification des données me concernant en prenant contact avec le secrétariat de l'USICAR.

Fait à Mulhouse le.....

Nom et signature du patient :

Contrat d'adhésion signé en double exemplaire. 1 pour le dossier partagé, l'autre pour l'Unité de soins des insuffisants cardiaques.