



Contrat d'adhésion médecin au Réseau USICAR

Je soussigné Dr certifie adhérer au Réseau de soins USICAR. Ce réseau est promu par des médecins généralistes et spécialistes de la région en collaboration avec les Etablissements de Santé avec le soutien des Caisses d'Assurance Maladie.

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

Le but du Réseau de Santé est d'améliorer la qualité du suivis des patients atteints de facteurs de risques cardio-vasculaires, dans le respect de leur libre choix, grâce à :

- Une optimisation de la coopération entre les différents médecins, paramédicaux et établissements de soins
- L'engagement de ces médecins généralistes, spécialistes et paramédicaux à intégrer dans leur pratique les référentiels du réseau basés sur les « recommandations de bonnes pratiques » et les données scientifiques validées
- L'accès à de nouveaux services dans le domaine de la diététique, la lutte anti-tabac, l'éducation des diabétiques, la lutte contre la sédentarité, le soutien psychologique et l'éducation concernant la consommation d'eau et de sel pour les insuffisants cardiaques. Dans le cadre de l'insuffisance cardiaque le patient pourrait bénéficier d'une surveillance à domicile par téléphone ou par télésurveillance.

Je m'engage :

- A mettre ma pratique en conformité avec les principes du réseau
- A accepter mon inscription sur l'annuaire des professionnels de santé membres du Réseau qui sera exclusivement réservé à l'usage interne
- A participer à la formation promue par le réseau
- A utiliser le dossier de suivis.
- A répondre dans les plus brefs délais aux demandes de l'infirmière du réseau en cas de signes d'alerte à la télésurveillance des insuffisants cardiaques, ce qui exigeraient des modifications thérapeutiques, des modifications des mesures hygiéno-diététique, une consultation de contrôle, ou une hospitalisation
- A déclarer à mon assureur la participation à l'activité du réseau.

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

Mon adhésion 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 comité de direction.

Le logiciel et le dossier patient 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 auprès du comité de pilotage.

Fait à Mulhouse le

Nom et signature du médecin :

Adresse
Tél :
Fax :
Courriel :

Contrat d'adhésion signé en double exemplaires : 1 pour le médecin, 1 pour unité de suivi



Contrat d'adhésion médecin au Réseau USICAR

Je soussigné Dr certifie adhérer au Réseau de soins USICAR. Ce réseau est promu par des médecins généralistes et spécialistes de la région en collaboration avec les Etablissements de Santé avec le soutien des Caisses d'Assurance Maladie.

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

Le but du Réseau de Santé est d'améliorer la qualité du suivis des patients atteints de facteurs de risques cardio-vasculaires, dans le respect de leur libre choix, grâce à :

- Une optimisation de la coopération entre les différents médecins, paramédicaux et établissements de soins
- L'engagement de ces médecins généralistes, spécialistes et paramédicaux à intégrer dans leur pratique les référentiels du réseau basés sur les « recommandations de bonnes pratiques » et les données scientifiques validées
- L'accès à de nouveaux services dans le domaine de la diététique, la lutte anti-tabac, l'éducation des diabétiques, la lutte contre la sédentarité, le soutien psychologique et l'éducation concernant la consommation d'eau et de sel pour les insuffisants cardiaques. Dans le cadre de l'insuffisance cardiaque le patient pourrait bénéficier d'une surveillance à domicile par téléphone ou par télésurveillance.

Je m'engage :

- A mettre ma pratique en conformité avec les principes du réseau
- A accepter mon inscription sur l'annuaire des professionnels de santé membres du Réseau qui sera exclusivement réservé à l'usage interne
- A participer à la formation promue par le réseau
- A utiliser le dossier de suivis.
- A répondre dans les plus brefs délais aux demandes de l'infirmière du réseau en cas de signes d'alerte à la télésurveillance des insuffisants cardiaques, ce qui exigeraient des modifications thérapeutiques, des modifications des mesures hygiéno-diététique, une consultation de contrôle, ou une hospitalisation
- A déclarer à mon assureur la participation à l'activité du réseau.

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

Mon adhésion 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 comité de direction.

Le logiciel et le dossier patient 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 auprès du comité de pilotage.

Fait à Mulhouse le

Nom et signature du médecin :

Adresse
Tél :
Fax :
Courriel :

Contrat d'adhésion signé en double exemplaires : 1 pour le médecin, 1 pour unité de suivi