

INFORMATIONS AUX USAGERS

Article D.766-1-3 du Code de la Santé Publique

MISSION DU RESEAU :

La mission du réseau est de faciliter l'accès aux soins des patients atteints du VIH sur son territoire.

FONCTIONNEMENT ET PRESTATIONS PROPOSEES :

Le Réseau se donne pour objectif de :

- Favoriser pour les patients infectés par le VIH et suivis dans les établissements hospitaliers du Rhône l'accès à des prises en charge en ville ou à l'hôpital, dans les conditions définies par les articles 6321 et suivants du code de la Santé Publique :
- Mobiliser l'ensemble des professionnels de la santé libérale en charge des personnes infectées par le V.I.H./Sida.
- Améliorer l'efficacité de la coordination ville-hôpital.
- Organiser, réaliser et promouvoir des travaux de recherche clinique et en assurer la communication scientifique.
- Organiser, promouvoir et participer à des actions de formation des professionnels du secteur libéral, sanitaire et social.

LIBRE CHOIX :

L'utilisateur dispose du libre choix d'accepter de bénéficier du réseau ou de s'en retirer.

Il dispose également du libre choix des professionnels de santé intervenant dans le réseau.

DROIT A L'INFORMATION :

L'information de l'utilisateur est un devoir auquel sont tenus tous les intervenants du processus décrit ci-dessus, dans les limites de leurs compétences respectives.

La personne a accès aux informations contenues dans son dossier médical dans les conditions posées par la Loi du 4 mars 2002.

PRISE EN CHARGE INDIVIDUALISEE :

Lorsqu'une prise en charge individualisée est proposée, un document est soumis à l'accord signé de l'utilisateur ou de la personne de confiance, définissant les conditions de cette prise en charge et les engagements réciproques souscrits par lui et les professionnels de santé.

Toute décision est prise avec le consentement libre et éclairé de la personne et en étroite collaboration avec le médecin traitant, les aidants naturels et les professionnels.

CONFIDENTIALITE :

Le réseau garantit à la personne la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales qui la concernent.

Son accord est nécessaire pour le partage de ces informations entre les intervenants du réseau.

ENGAGEMENT :

L'utilisateur souscrit un engagement par écrit d'utilisation du réseau Virages santé au moyen du formulaire ci-joint.



BULLETIN ADHESION PATIENT

Je soussigné(e),

Madame Monsieur

Nom Prénom :

Né(e) le à

Domicile :

Code postal : Ville :

☎ :) :

@:

Personne de confiance :

Profession :

Ressources :

Salaire Allocation chômage AAH Invalidité RSA Retraite

N°SS :

Prise en charge 100% Oui Non

Mutuelle : Oui (laquelle) Non CMUC AME

La synthèse de Nadis est transmise au réseau Virages santé.

Je déclare avoir pris connaissance de la charte du réseau Virages Santé ainsi que du document d'information aux usagers et souhaite souscrire à ce réseau et respecter les principes le régissant.

Fait à, le

Signature de l'utilisateur ou de son représentant.

NB : Pièces jointes : Charte du réseau et document d'information aux usagers.