



Consentement d'adhésion des Parents au réseau RéPPOP Aquitaine

Date :/...../.....

Cachet du médecin :

En tant que père, mère, tuteur, (rayer mention inutile ou compléter)

(Nom, prénom) :

Nom, prénom de l'enfant :

né(e) le/...../..... Sexe : M F

Le Dr m'a expliqué l'intérêt de participer au réseau RéPPOP Aquitaine afin de suivre mon enfant et j'ai pu poser toutes les questions nécessaires pour bien comprendre en quoi cela consiste. Par ailleurs, j'ai bien pris connaissance et compris le document d'information sur le fonctionnement du réseau RéPPOP Aquitaine.

- ♦ Il m'a été précisé que je suis libre d'adhérer au RéPPOP Aquitaine ou de refuser et j'ai été informé(e) que mon enfant peut sortir du réseau à tout moment ; cette décision ne modifiera en rien les relations avec mon médecin et la qualité des soins pour mon enfant.

Notre engagement dans le réseau, parents et enfant, consiste à **participer activement au protocole de soins et de suivi** qui nous sera proposé par le médecin, sur une durée de deux ans.

- ♦ Je donne mon accord pour que les informations concernant mon enfant, recueillies dans les dossiers médicaux et paramédicaux du réseau, soient diffusées et partagées par l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge de mon enfant dans le réseau. Si je ne souhaite pas que certaines informations soient communiquées à d'autres professionnels, je devrais le spécifier par écrit au médecin du réseau qui suit mon enfant.

- ♦ Je donne mon accord pour que les informations concernant mon enfant fassent l'objet après avoir été rendues anonymes d'un traitement informatique et statistique en vue de l'évaluation du présent réseau. Conformément à la Loi Informatique et Libertés, je dispose d'un droit d'accès de modification et de suppression à l'ensemble des données me concernant sur simple demande à mon médecin ou au médecin coordinateur du réseau.

J'atteste sur l'honneur que les 2 parents/représentants tuteurs légaux sont informés de cette demande et d'accord pour la mise en place de cette demande de prise en charge.

J'accepte que mon enfant soit pris en charge par le réseau RéPPOP Aquitaine

Signatures des titulaires de l'autorité parentale (père, mère) ou tuteur :

Nom, prénom, signature :

Adresse mail :

L'équipe de coordination du RéPPOP Aquitaine pourra être amenée à communiquer avec vous par mail.

Merci!



Consentement d'adhésion du patient au réseau RéPPOP Aquitaine (facultatif)

Date :/...../.....

Cachet du médecin :

Le Dr..... m'a expliqué l'intérêt de participer au réseau RéPPOP Aquitaine afin de m'accompagner dans mon suivi et j'ai pu poser toutes les questions nécessaires pour bien comprendre en quoi cela consiste.

Je sais que je m'engage, comme toutes les autres personnes qui vont m'aider, à un suivi régulier avec mon médecin et d'autres partenaires pour améliorer ma santé.

Je m'engage à participer activement aux recommandations qui me seront proposées pour une période de 2 ans.

Je suis libre à tout moment d'arrêter ma participation au réseau après en avoir informé mon médecin. Mon adhésion au réseau ou mon retrait ne modifie en rien la qualité des soins que me donne mon médecin.

J'autorise le médecin coordinateur du réseau à utiliser les données extraites de mon dossier médical afin de faire l'évaluation du fonctionnement du réseau et ainsi améliorer la qualité de la prise en charge de mon problème de poids, et pour des activités de recherche médicale concernant l'obésité. Le traitement de ces données sera anonyme et respectera le secret médical.

Je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires à mon médecin traitant ou au coordinateur du réseau.

J'accepte d'être accompagné pour mon suivi par le réseau RéPPOP Aquitaine

Nom et prénom :

Signature :



Document d'information pour les parents des enfants qui vont bénéficier du RéPPOP Aquitaine

Le docteur vous propose la prise en charge de votre enfant au sein du Réseau ville hôpital de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique en Aquitaine (RéPPOP Aquitaine). Ce réseau est constitué des différents partenaires de soins de ville (pédiatres, médecins généralistes, nutritionnistes, endocrinologues, diététiciens, psychologues,...), des centres hospitaliers (notamment l'unité d'endocrinologie pédiatrique de l'hôpital des enfants du CHU de Bordeaux) ainsi que des services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) et de santé scolaire.

Le but de ce réseau est :

- **d'améliorer la qualité des soins** donnés à votre enfant par une **meilleure coordination des professionnels de santé**.
- **d'améliorer la qualité de vie et l'état de santé** de votre enfant et d'éviter les complications à l'âge adulte.
- **de faciliter l'accès aux soins** et de permettre **une prise en charge par plusieurs professionnels de santé** :
 - le médecin référent du réseau est votre interlocuteur privilégié : c'est lui qui vous propose les différentes options de prise en charge en fonction de l'âge de votre enfant et de sa corpulence
 - accompagné éventuellement d'un professionnel paramédical (installé dans la mesure du possible à proximité de votre domicile) qui aidera votre enfant à mettre en place les changements proposés en fonction de **ses besoins spécifiques** (diététique, activités physique ou sportive, aide psychologique)

Ces professionnels de santé décideront avec vous de l'accompagnement à proposer à votre enfant.

L'engagement des professionnels dans le réseau :

L'ensemble des médecins et des professionnels paramédicaux faisant partie du réseau se sont engagés à suivre les recommandations de prise en charge du RéPPOP Aquitaine et à remplir un **dossier de suivi partagé** afin que les informations soient bien accessibles à tous les professionnels de santé qui interviennent dans ce réseau auprès de votre enfant. Les données ainsi recueillies sont confidentielles et protégées par le secret médical : vous pouvez à tout moment en demander le contenu au médecin du réseau qui suit votre enfant.

Le dossier de suivi est informatisé pour permettre aux partenaires un accès rapide et une coordination efficace : les responsables du réseau s'engagent à assurer la protection de la confidentialité et la sécurité des informations médicales et nominatives.

Enfin les informations recueillies pourront être utilisées de manière anonyme et globale avec les données des autres enfants du réseau dans un but d'exploitation épidémiologique et d'évaluation du réseau.