



PLANETH Patient

Plateforme Normande
d'Éducation Thérapeutique

Consentement du patient

Original à conserver par le patient

Copie destinée à l'antenne

NOM Prénom Né.e le.....

Je participe au programme d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) « **Ma santé, j'en prends soin** » et/ou au dispositif « **Sport Santé Sur Ordonnance** » (SSO) dont l'objectif est de m'aider à acquérir ou maintenir les compétences dont j'ai besoin pour gérer au mieux ma vie avec ma maladie.

Dans le cadre de ce(s) programme(s), je pourrai participer à différentes activités en présentiel et/ou à distance, telles que des séances individuelles et/ou collectives, être amené à remplir des questionnaires, participer aux actions d'évaluation, etc. Ces activités seront personnalisées en fonction de mes besoins.

Confidentialité

La participation aux séances collectives peut éventuellement amener chacun à connaître des éléments d'ordre privé ou personnel. Il convient que chacun puisse s'exprimer en confiance, et soit assuré du respect de la confidentialité au sein du groupe. Je m'engage donc à **respecter cette confidentialité** et à ne divulguer ou n'utiliser aucune des informations que j'aurais été amené.e à connaître au cours de ces séances. Le cadre éthique de cette action impose à chacun le respect de la dignité des personnes à l'exclusion de toute attitude discriminatoire.

Participation volontaire

J'accepte de participer au(x) programme(s) sans aucune contrainte ou pression extérieure, et que par ailleurs je suis libre de mettre fin à ma participation à tout moment au cours de ce(s) programme(s) sans justification à donner ni préjudice d'aucune nature. Mon refus d'entrer dans ce(s) programme(s) ou l'interruption en cours de parcours n'aura aucune conséquence sur ma prise en charge habituelle.

Prise en charge financière

Aucune participation financière ne me sera demandée pour le programme **Ma santé, j'en prends soin**. Ce programme est pris en charge par des financements publics. En revanche, une participation financière sera demandée par la structure partenaire dispensant l'Activité Physique Adaptée (APA), en fonction des activités pratiquées.

Protection des données

Je soussigné.e atteste avoir été informé.e que des données personnelles sont collectées dans le cadre des prestations qui me sont délivrées. Les données sont saisies sur le logiciel Stimulab et/ou Goove App en conformité avec la réglementation en vigueur et les recommandations de la HAS et de la CNIL. Le patient recevra par mail et sms des informations via « stimul-pulsio » et/ou Goove app. Le traitement de ces données personnelles répond à plusieurs finalités, respecter les obligations légales et réglementaires, gérer et organiser la délivrance des prestations dans des conditions optimales de qualité et de sécurité, renforcer l'information et le suivi des usagers, évaluer et améliorer la délivrance des prestations.

Je suis prévenu.e que certaines informations à caractère personnel peuvent être communiquées aux intervenants en relation avec les activités de la structure qui me délivre des prestations. Durant la délivrance des prestations, je serai avisé.e du caractère soit obligatoire, soit facultatif, du recueil de mes données personnelles ; si je choisis de m'opposer au recueil de certaines informations, je serai averti.e des conséquences de mon choix. Dans toutes les circonstances, mes données personnelles seront traitées de manière confidentielle et seront conservées pendant une durée limitée, sauf dispositions contraires prévues par la réglementation. Je suis informé.e que je dispose d'un droit d'accès à toutes les données personnelles recueillies dans le cadre de la délivrance des prestations ; je dispose également d'un droit de rectification, d'opposition, de transfert et de suppression de ces données en m'adressant à la structure dont les coordonnées figurent en haut du présent formulaire. J'ai pu poser les questions nécessaires et obtenir des réponses satisfaisantes sur les modalités de traitement de mes données personnelles durant la délivrance des prestations. Je suis aussi avisé.e que j'ai le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés).

Signature

Je reconnais avoir lu le présent document et consens à participer à toutes étapes de ce programme d'ETP et/ou au Dispositif Sport Santé sur Ordonnance et à formaliser par écrit avec le référent de parcours ETP et/ou APA mon projet personnalisé.

Fait à	Contacts du participant	Signature du participant
Le	Tél :	
	@	