

## CHARTRE D'ADHÉSION À UN PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

*Dans le cadre de sa mission de promoteur de programme d'éducation thérapeutique du patient, le GIP- RASPEG coordonne pour vous la mise en place d'entretiens individuels et d'ateliers individuels ou collectifs réalisés par des*

### Objectifs

L'objectif d'un programme d'éducation thérapeutique du patient est de vous permettre d'acquérir ou de renforcer les compétences utiles pour mieux gérer la maladie chronique dont vous souffrez (ou qui concerne votre proche ou votre enfant).

Il s'agit pour vous d'acquérir les outils d'une meilleure autonomie dans votre vie quotidienne. Mais rien ne se fera sans votre plein et libre consentement et sans un engagement fort de votre part dans cette démarche.

Vous pouvez à tout moment sans avoir à en préciser les raisons, interrompre votre participation au programme en nous le signalant par le moyen qui vous convient (appel au 0590471700 ou mail au [dac@gip-raspeg.fr](mailto:dac@gip-raspeg.fr)).

### Dossier médical partagé et confidentialité

- La signature de la présente charte d'adhésion valide votre consentement à participer à un des programmes portés par le GIP-RASPEG;
- Les données médico-sociales recueillies dans le cadre de ce programme font l'objet d'un dossier médical partagé dans les règles de la confidentialité par les intervenants éducateurs soumis au respect du secret médical;
- Vous pouvez sur simple demande accéder aux informations contenues dans ce dossier médical partagé ;
- Les informations contenues dans ce dossier médical partagé pourront être utilisées de manière anonyme et globale dans un but épidémiologique et d'évaluation du programme;
- Les informations concernant l'entrée et la sortie du programme seront communiquées par messagerie sécurisée à votre médecin traitant et au professionnel de santé adresseur.

### Vos engagements

- Participer aux séances qui vous sont proposées en tenant compte de vos disponibilités
- Répondre aux questionnaires d'évaluation;
- Etre présent aux rendez-vous fixés avec les professionnels, et les prévenir au plus tôt pour modifier ou annuler la date en cas d'impossibilité.

Fait à :

Le:

Nom de l'utilisateur:

Signature du patient et/ou du représentant légal

Prénom de l'utilisateur :

Nom /Prénom du représentant légal

**N° d'adhésion DAC: .....**

### FICHE DE SOLLICITATION

Dispositif d'Appui à la Coordination des parcours complexes (D.A.C) Guadeloupe et Îles du Sud

Fiche à nous transmettre :

- Pour tous les professionnels de santé à [dac@gipraspeg.mssante.fr](mailto:dac@gipraspeg.mssante.fr)
- Pour tout autre demandeur à [dac@gip-raspeg.fr](mailto:dac@gip-raspeg.fr)
- Ou par courrier postal au **GIP-RASPEG : Immeuble le Squale – Houëlbourg Sud II – Jarry – 97122 BAIE MAHAULT**

**Situation complexe**  
Toute personne, toute pathologie, sans critère d'âge, en situation perçue comme complexe

**Éducation Thérapeutique du patient**  
Toute personne, toute pathologie, sans critère d'âge

Fiche réceptionnée le :    /    /20

- La personne est informée de la demande  
 La personne a consenti au partage d'informations

**IDENTITÉ DU DEMANDEUR :**  
 Professionnel     Usager     Aidant (lien) : .....  
 Nom et prénom : .....    Fonction/service : .....  
 Tél : .....    Mail : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
**Si professionnel :** Utilisez-vous MS SANTE ?     Oui     Non  
**Si le demandeur n'est pas le médecin traitant :**  
 Le médecin traitant est-il informé de la demande ? :     Oui     Non  
 Nom du Médecin traitant : .....  
 Tél : .....    Mail : .....

**IDENTITÉ DE L'USAGER :**     Femme     Homme     Enfant  
 Nom d'usage : .....    Nom de jeune fille : .....  
 Prénom : .....    Date de naissance : ...../...../.....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Numéro de SS : .....  
 Tél : .....    Mail : .....

**PERSONNE À CONTACTER :**     Aidant     Personne de confiance  
 Nom et prénom : .....    Lien : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Tél : .....    Mail : .....

**MOTIF DE LA DEMANDE**

Information, conseil, orientation     Appui à la coordination d'un parcours de vie complexe  
 Animation territoriale

**Contexte de la demande :** .....

.....

.....

.....

.....

**ÉLÉMENTS D'ALERTES CONSTATÉS**

**Environnement familial et relationnel**

- Épuisement et/ou incapacité de l'aidant/ Absence d'aidant
- Isolement social
- Problématiques familiales
- Difficultés de communication
- Difficultés à exprimer ses souhaits, ses besoins
- Difficultés à prendre ses décisions
- Autres : .....

**Habitat**

- Problème d'accessibilité au logement
- Isolement géographique
- Logement inadapté, vétuste ou insalubre
- Sans domicile fixe
- Expulsion ou procédure d'expulsion en cours
- Autres : .....

**Santé (physique et psychologique)**

- Pathologie(s) existante(s) : .....
- Handicap
- Conduites addictives
- Altération de l'état général
- Troubles cognitifs ou du comportement
- Hospitalisations répétées
- Absence de suivi médical
- Refus des aides
- Refus de soins
- Autres : .....

**Vie quotidienne**

- Difficultés pour :
- La toilette
  - L'habillage
  - Les repas
  - Les courses
  - La mobilité
  - Autres : .....

**Administratifs et finances :**

- Difficultés pour la gestion financière
- Difficultés dans la gestion administrative
- Précarité financière
- Ouverture de droits
- Autres : .....

**Prise en charge spécifique**

- Diététique
- Psychologique
- Ostéopathique
- Aide à domicile
- Aide à l'hébergement (patientes des dépendances)
- Prise en charge médicamenteuse dans le cadre de l'addiction (dérogatoire à la sécurité sociale)
- Entrée en Hébergement Temporaire de Secours (HTS)

**Programmes ETP**

- Diabète
- HTA
- Patient sous anticoagulant
- Troubles du sommeil – SAHOS
- Troubles respiratoires - Asthme
- Obésité infantile

Signature de l'**usager, du représentant légal, de la personne référente ou de l'aidant**  
**(Mention à recueillir)**

Fait le : / /20

Signature du **demandeur**  
**(Mention obligatoire)**

Fait le : / /20

Cachet et Signature du **Médecin Traitant** pour la validation de l'accompagnement :  
**(Mention à recueillir)**

Fait le : / /20

**DÉCISION DU DAC Guadeloupe et Îles du Sud**

Numéro d'adhésion au DAC Guadeloupe et Îles du Sud :

- Niveau 1 : Information donnée le :...../...../20.....  
Orientation vers :
- Niveau 2 : Référent DAC Guadeloupe et Îles du Sud :