



RESRIP : Réseau pour les Rhumatismes Inflammatoires Pédiatriques

FICHE D'INFORMATION DESTINÉE AU PATIENT ET A SES PARENTS

Avec votre accord et celui de votre médecin traitant, vous (votre enfant) pouvez faire partie d'un réseau de santé hôpital-ville : le *Réseau RESRIP*

Ce réseau fédère les différents acteurs impliqués pour une meilleure qualité des soins qui seront délivrés à votre enfant (ou à vous-même si vous êtes le patient) à domicile et dans ses différents autres lieux de vie (école, loisirs) ainsi que dans les établissements de soins participant au réseau.

- RESRIP propose des conseils concrets pour aider le suivi et le maintien à domicile, une information sur ce qui existe localement, une orientation vers les lieux et les personnes qui conviennent. Par ailleurs RESRIP participe à l'insertion scolaire et/ou professionnelle de votre enfant (ou vous-même). RESRIP vous aide à trouver un professionnel de santé, indispensable pour les soins de votre enfant (ou de vous-même), le plus proche possible de votre domicile.
- RESRIP peut venir chez vous – avec l'accord de votre médecin traitant - pour donner des conseils sur la douleur et sur l'aménagement de l'espace de vie de votre enfant.
- RESRIP est là pour vous aider à mieux vivre avec la maladie tout en restant chez vous.
- RESRIP c'est un soutien pour votre enfant/vous-même, votre entourage et les soignants du domicile.
- RESRIP peut vous aider à réfléchir sur la possibilité (lorsque c'est possible) d'éviter ou de retarder une hospitalisation, voire de la préparer pour qu'elle soit plus courte.
- RESRIP ne fait pas de prescriptions directement, c'est votre médecin qui reste le seul prescripteur. Il est mis en place un dossier médical commun qui est de votre propriété et permet une meilleure circulation de l'information.

Dans tous les cas, le médecin de votre enfant / votre médecin et votre équipe libérale restent vos interlocuteurs. Le réseau en aucun cas ne les remplace, mais se positionne en soutien.

DES VOTRE ENTREE DANS LE RESEAU :

- Un accueil téléphonique personnalisé permet à vous-même, à votre entourage et à vos soignants d'être aidés pour les problèmes techniques et autres qui pourraient survenir.
- Vous pourrez, si vous le souhaitez, disposer si nécessaire à domicile, des interventions d'autres professionnels de santé (psychologue, kinésithérapeute, ergothérapeute), services de maintien à domicile, travailleurs sociaux, selon leur mode d'intervention.
- Des accords entre le RESRIP et les établissements de santé partenaires permettent d'assurer la continuité de vos soins, quelque soit le problème médical qui pourrait survenir.

Vous êtes libre d'accepter ou non que votre enfant ou vous-même bénéficie de ce réseau de soins et de vous en retirer à tout moment si tel est votre désir. Dans ce cas, nous vous demanderons seulement le motif de votre décision. Cela ne modifiera en rien la qualité des soins prodigués par votre médecin référent impliqué dans le réseau.

Afin de contrôler le bon fonctionnement du réseau et de s'assurer de la qualité des services rendus, vous pourrez avoir à répondre à des questionnaires qui vous seront remis. Nous vous demandons de bien vouloir les remplir; ils nous sont indispensables, car vos remarques nous permettront, si nécessaire, d'améliorer le processus de prise en charge, et le fonctionnement du RESRIP.



RESRIP : Réseau pour les Rhumatismes Inflammatoires Pédiatriques

ACTE D'ADHESION DES USAGERS (patient et/ou représentant légal)

Nom du patient :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Ville

code postal

N° tél

N° de Sécurité Sociale :

Médecin référent:

Je soussigné(e) déclare avoir reçu et pris connaissance de la fiche d'information concernant le réseau de santé RESRIP auquel j'adhère comme bénéficiaire en signant le présent document.

J'autorise le médecin référent et/ou mon médecin traitant à prendre connaissance de mon dossier médical, à la saisie informatique des données me concernant et leur utilisation par les professionnels autorisés du réseau RESRIP

J'ai un droit permanent d'accès aux informations contenues dans mon dossier.

Je donne mon accord pour l'utilisation à des fins statistiques ou épidémiologiques des informations me concernant, qui auront été préalablement rendues anonymes.

Ma participation est volontaire et je suis libre de me retirer du réseau RESRIP à n'importe quel moment : les soins futurs me concernant seront alors effectués dans le cadre de la réglementation applicable.

Fait à, le.....

Signature du patient précédée de la mention « lu et approuvé »

(Ou à défaut, du représentant légal, en spécifiant le nom en lettres majuscules)

Pour le RESRIP

Nom

Fonction

Signature

