



## **RESRIP : Réseau pour les Rhumatismes Inflammatoires Pédiatriques**

### **FICHE D'INFORMATION DESTINEE AU PATIENT ET A SES PARENTS**

Avec votre accord et celui de votre médecin, 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.
- 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 participe à l'insertion scolaire et/ou professionnelle de votre enfant (ou vous-même).
- RESRIP c'est un soutien pour votre enfant/vous-même, votre entourage et les soignants du domicile.
- RESRIP ne fait pas de prescriptions directement, c'est votre médecin qui reste le seul prescripteur. Il est mis en place un carnet de liaison qui est de votre propriété et permet une meilleure circulation de l'information entre les professionnels de santé.

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.



Vous êtes libre d'accepter ou non que votre enfant ou vous-même bénéficiez 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.

Afin de contrôler le bon fonctionnement du réseau et de s'assurer de la qualité des services rendus, vous pourrez (ou votre enfant) être sollicité afin de répondre à des questionnaires qui vous seront remis. Nous vous demandons de bien vouloir les remplir, car vos remarques nous permettront, si nécessaire, d'améliorer le processus de prise en charge et le fonctionnement du RESRIP. Vos données et celles de votre enfant seront traitées de manière confidentielle.

### **Pour contacter le Réseau RESRIP**

**Téléphone :** 01.49.60.05.41 ou 09.67.33.09.98

**Portable :** Directrice : 06.43.18.45.50

Infirmière-Puéricultrice coordinatrice : 06.47.68.58.80

**Adresse courriel :** [contactresrip@orange.fr](mailto:contactresrip@orange.fr)

**Adresse :** Réseau RESRIP

CHU de Bicêtre Bat. Alagille, 78 rue du Général Leclerc

94270 Le Kremlin Bicêtre

**Site Internet :** [www.resrip.fr](http://www.resrip.fr)



## **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 :

email :

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, mon médecin traitant et les professionnels de santé participant au parcours de soins à prendre connaissance du carnet de liaison et des données informatiques concernant mon enfant et leur utilisation par les professionnels autorisés du réseau RESRIP

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

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.

Les données concernant votre enfant resteront totalement confidentielles et feront l'objet d'un traitement informatisé pour lequel vous pourrez exercer votre droit d'accès ou de rectification à tout moment selon la loi Informatique et Libertés (art 40).

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)

