

Charte

Engagement du patient à la MPSAT

La Maison de Prévention en Santé et d'Accompagnement thérapeutique (MPSAT) a pour but d'améliorer l'accessibilité aux soins et la qualité de la prise en charge des patients atteints de Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) sur le territoire Nord-Ouest Val-d'Oise.

Ce programme, unique sur le plan national et qui fait l'objet d'une validation « article 51 – innovation en santé » par le Ministère de la santé sera expérimenté sur 5 ans.

Madame ☐

Monsieur ☐

Prénom(s) : Nom :

Nom de naissance (si différent) :

Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) Lieu de naissance :

Adresse

N° et voie :

Code postal : Ville :

Téléphone : E-mail :

Le programme MPSAT m'a été proposé par :

J'ai reçu les informations précisant l'intérêt et les modalités de déroulement de cette expérimentation, incluant la création de mon dossier dans le système d'information SANTELIEN (cf. SANTELIEN - Note d'information patient) ;

Mon intégration au projet est totalement volontaire et je peux, si je le désire, interrompre ma participation au programme à tout moment en prévenant l'équipe de coordination MPSAT, sans compromettre la qualité des soins qui me sont dispensés ;

Je m'engage à suivre le parcours de soins qui m'a été proposé et à justifier mes éventuelles absences auprès de l'équipe de coordination MPSAT ;

J'autorise l'équipe de la MPSAT à contacter les professionnels que j'ai indiqués comme faisant partie de mon cercle de soins (médecin traitant, pneumologue, infirmier, psychologue, kinésithérapeute, etc.) ou intervenant dans mon parcours de soins ;

J'autorise les membres de l'équipe pluridisciplinaire impliquée dans ce programme à échanger entre eux les informations me concernant. Si je ne souhaite pas que certaines informations soient partagées, j'en informe simplement le professionnel concerné ;

Je m'engage en retour à respecter la confidentialité des éléments échangés avec les autres patients lors des ateliers collectifs ;

Je bénéficie à tout moment d'un droit d'accès et de rectification des données informatisées me concernant dans le cadre de ce programme, conformément aux dispositions légales en vigueur (cf. document « MPSAT – Note d'information patients »). En ce qui concerne des données de santé, ce droit pourra être directement exercé par moi ou par l'intermédiaire du médecin de mon choix auprès du service de relation aux usagers de l'hôpital NOVO sur simple demande écrite.

Je suis informé(e) que je peux à tout moment demander des informations complémentaires à l'équipe de coordination MPSAT au numéro de téléphone suivant : 01 34 79 44 15.

J'accepte librement et volontairement de participer à ce programme dans les conditions précitées à compter de ce jour.

Fait à : Le : (JJ/MM/AAAA)

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

Signé en 2 exemplaires :

- L'un à adresser à l'équipe de coordination MPSAT par mail à : coordination-mps@ght-novo.fr ou SMS au 06 66 77 90 33.
- L'autre à conserver par le patient.

Encadré réservé à l'équipe de coordination

Date de réception de la charte d'engagement signée :