

## NOTICE D'INFORMATION DES PATIENTS PARTICIPANT AUX PROGRAMMES D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DES HÔPITAUX PÉDIATRIQUES DE NICE CHU LENVAL

**Intitulé du programme :** Prise en charge pluridisciplinaire des surcharges pondérales de l'enfant et de l'adolescent

**Responsable coordonnateur :** Dr Gastaud Frédérique

**Etablissement :** ESPIC Hôpitaux pédiatriques de Nice CHU LENVAL

Mademoiselle, Madame, Monsieur,

Nous avons organisé un programme d'éducation thérapeutique afin d'aider les enfants et leur entourage à améliorer leur qualité de vie avec la maladie chronique.

Nous souhaitons vous solliciter pour participer à ce programme et vous présentons ici les modalités de celui-ci afin que vous puissiez vous décider en toute connaissance de cause.

**Le but du programme :** Il s'agit d'aider les patients (et leur entourage) à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

### **Le déroulement du programme :**

En pratique, le programme comporte 3 étapes, réalisées par l'équipe soignante des Hôpitaux Pédiatriques de Nice. L'éducation thérapeutique est un processus continu qui débute avec la maladie et comprend des reprises éducatives selon les besoins du patient et de sa famille.

Les moyens utilisés pour ce faire peuvent être :

- un entretien individuel pour discuter ensemble de vos attentes, vos questions, vos difficultés... et définir vos priorités,
- plusieurs séances éducatives individuelles et/ou collectives pour répondre à vos besoins
- un accompagnement personnalisé dans la durée pour faire le point avec vous et votre enfant.

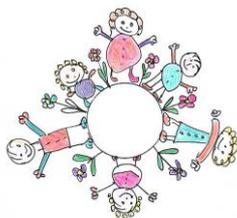
La participation à ce programme ne modifie en rien la prise en charge habituelle de la maladie de votre enfant. L'ensemble de ce programme est réalisé dans des conditions strictes de confidentialité.

**Bénéfices attendus :** Ce programme vise à renforcer votre compréhension de la maladie et du traitement, renforcer vos compétences pour mieux gérer la maladie au quotidien, faire face aux situations difficiles et pour vous aider à mieux vivre avec cette maladie.

**Contraintes :** Il n'existe pas d'autre contrainte que la participation à ces différentes rencontres.

Votre médecin (Dr ....., Téléphone : .....) est à votre disposition pour vous apporter toutes les précisions complémentaires que vous souhaitez.

**Nous vous remercions par avance pour votre précieuse participation.**



## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES PATIENTS PARTICIPANT AUX PROGRAMMES D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DES HÔPITAUX PEDIATRIQUES DE NICE CHU LENVAL<sup>1</sup>

De M., Mme, Mlle ..... (nom, prénom)  
Demeurant.....  
..... (adresse)

Le Docteur ..... a proposé à mon enfant de participer à un programme d'éducation thérapeutique intitulé : « Prise en charge pluridisciplinaire des surcharges pondérales de l'enfant et de l'adolescent ».

J'ai reçu une notice d'information précisant le but et les modalités de déroulement de ce programme.

Ma participation et celle de mon enfant est totalement volontaire et je peux si je le désire interrompre ma participation au programme à tout moment sans avoir à en préciser les raisons et sans compromettre la qualité des soins qui me sont dispensés.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

En participant à ce programme, j'accepte que les informations soient partagées au sein de l'équipe multidisciplinaire et avec le médecin traitant.

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. En ce qui concerne des données de santé à caractère personnel, ce droit pourra être directement exercé par moi ou par l'intermédiaire du médecin de mon choix. (Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la Loi du 6 août 2004).

*J'accepte librement et volontairement de participer à ce programme dans les conditions précisées dans la notice d'information.*

Je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires au Docteur ....., n° de téléphone : .....

Fait à .....

Le ..... / ..... / .....

**Signature des parents  
ou des représentants légaux**

**Signature de l'enfant**

**Signature du médecin**

<sup>2</sup>(Fait en deux exemplaires : un exemplaire est remis au patient, le second exemplaire est conservé par le responsable)

<sup>1</sup> « La signature du patient ne répond à aucune obligation légale ou réglementaire »... « Il est recommandé de ne pas négliger de noter dans le dossier du patient quelle information a été donnée, quand et comment elle a été reçue. »