



Formulaire de recueil du consentement du patient

Je soussigné(e) : Madame Monsieur

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Mail : _____

Date de naissance : _____ (jj/mm/aaaa)

Déclare avoir reçu un exemplaire de la lettre d'information-patient et de la plaquette de SINDEFI-SEP.

J'ATTESTE :

Avoir pris connaissance de la lettre d'information de SINDEFI-SEP

J'AUTORISE SINDEFI-SEP :

- **A Conserver** dans le dossier informatisé, sécurisé tous les comptes rendus me concernant et toutes données personnelles que j'aurais transmis ou que le réseau aura sollicité auprès des professionnels assurant mes soins ou mon accompagnement.
- **Me proposer** de participer à un **programme d'éducation thérapeutique**, un **groupe de parole** en présentiel ou en visio-conférence ...
- **Me proposer de participer à des enquêtes ou des évaluations.**

SINDEFI-SEP entrera en contact avec mon médecin généraliste et/ou mon neurologue afin de mieux coordonner l'action du réseau.

Facultatif : Je peux nommer **une personne de confiance** (Loi du 4 mars 2002), majeure et de mon entourage (conjoint, parent, ami...), qui pourra m'accompagner dans mon parcours de soins.

Je l'ai informé(e) de sa désignation. Je pourrai choisir une autre personne à tout moment :

Nom, Prénom de la personne désignée : _____

Lien (époux, mère, ami, etc.) : _____ Téléphone : _____

Je déclare par la présente mon accord volontaire pour m'inscrire à **SINDEFI-SEP**.

Fait à _____, le _____

Signature du patient

SINDEFI-SEP – 9/11, rue Georges Enesco – 94000 CRETEIL

☎ : 01 58 43 39 00

Fax : 01 42 07 93 68

✉ : coordination@sindefi.org

Site web : www.sindefi.org



Fiche de renseignements

Votre maladie : Sclérose en Plaques Maladie de Parkinson

Autre pathologie neurologique, préciser : _____

Mois et année du diagnostic : _____

Qui vous adresse au réseau SINDEFI : Votre médecin généraliste Votre neurologue Vous-même

Association de patients Autre (précisez) _____

Situation familiale : Célibataire Marié(e)/Pacsé(e) Concubinage

Qui vit avec vous ? Conjoint Enfants (nombre : ____) Un parent Autre :

Situation socio-professionnelle : Profession : _____

Actif : Temps plein Partiel Temps partiel thérapeutique Etudiant(e) Missions ponctuelles

Inactif depuis le Pour le motif suivant : Arrêt maladie : Chômage

Retraité(e) Sans profession Invalidité

N° de sécurité sociale : _____ **Régime :** Général Agricole Indépendant (RSI)

Autre (Précisez) _____

N° dossier MDPH si vous en avez un : _____

Date dernier RDV neurologue : _____ **Date prochain RDV neurologue :** _____

Êtes-vous suivi(e) pour une autre maladie ? Oui Non Si oui, laquelle ? _____



Coordonnées de vos professionnels de santé

Médecin Généraliste : Docteur : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél : _____ Mail : _____@_____

Neurologue : Docteur : _____ Prénom : _____

Vous le consultez : A l'Hôpital A son cabinet

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél : _____ Mail : _____@_____

Kinésithérapeute : Nom : _____ Prénom : _____

Suivi : A son cabinet A domicile

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél : _____ Mail : _____@_____

Renseignez également (si vous en avez), infirmier, médecin rééducateur, orthophoniste, psychologue, travailleur social, ergothérapeute, curateur/tuteur etc.

Profession : _____

Nom-Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél : _____ Mail : _____@_____

Profession : _____

Nom-Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél : _____ Mail : _____@_____

Médecin du travail : Nom : _____ Prénom : _____

Entreprise : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél : _____ Mail : _____@_____

SINDEFI-SEP – 9/11, rue Georges Enesco – 94000 CRETEIL

☎ : 01 58 43 39 00 Fax : 01 42 07 93 68 ✉ : coordination@sindefi.org

Site web : www.sindefi.org



Quelles sont vos premières demandes ?

- Informations et conseils sur la maladie et les symptômes
- Informations et aide à la gestion de mon traitement
- Aide pour débuter mon traitement de fond prescrit par mon neurologue :

Précisez quel traitement : _____

- Aide pour choisir mon traitement de fond (si proposé par le neurologue)
- Soutien psychologique ponctuel : individuel , conjugal , familial
- Orientation vers un professionnel, une structure
- Informations et conseils sur vos droits et démarches administratives (travail, aide à domicile etc.)
- Participation à des ateliers du Programme d'Education Thérapeutique

Commentaires :

Documents à compléter, accompagnés de la copie d'un compte rendu médical en votre possession indiquant votre diagnostic et à nous retourner à :

SINDEFI-SEP – 9/11, rue Georges Enesco – 94000 CRETEIL

**☎ : 01 58 43 39 00 Fax : 01 42 07 93 68 ✉ : coordination@sindefi.org
Site web : www.sindefi.org**