



Formulaire de recueil du consentement du patient

Je soussigné(e) : Madame Monsieur

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Mail : _____

Date de naissance : _____

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

PARKINSON?

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

Retraité(e) Sans profession Arrêt de travail Invalidité

Coordonnées de vos professionnels de santé

Médecin Généraliste : NOM/prénom _____

Code postal/Ville _____

Mail : _____@_____

Neurologue : NOM/prénom _____

Code postal/Ville _____

Vous le consultez : A l'Hôpital A son cabinet

Tél : _____ Mail : _____@_____

Kinésithérapeute : NOM/prénom _____

Code postal/Ville _____

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

Profession : _____

NOM/prénom: _____

Code postal : _____ Ville : _____

Profession : _____

NOM/prénom: _____

Code postal : _____ Ville : _____

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
- 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

Avez-vous d'autres demandes?

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**