



RESEAU SEP AUVERGNE  
Loi 1901

FORMULAIRE DE RECUEIL DE CONSENTEMENT

Monsieur ou Madame ou Mademoiselle (rayer la mention inutile)..... (nom et prénom en lettres capitales) Né(e) le .....(jour/mois/année)

Je confirme que le Docteur ..... (nom du médecin en lettres capitales) exerçant en qualité de..... à ..... m'a informé de la nature et des objectifs du Réseau SEP Auvergne.

J'ai bien reçu un exemplaire de la lettre d'information du patient et de la plaquette du réseau. J'ai bien compris les informations données oralement et par écrit. J'ai bien compris que ma participation au réseau est entièrement volontaire et que je peux me retirer du réseau à tout moment selon les conditions prévues dans la lettre d'information que j'approuve.

J'autorise le médecin sus désigné à intégrer mon dossier dans un **registre régional anonymisé et dédié à la sclérose en plaques selon une procédure standardisée** et j'autorise **que les données me concernant, rendues anonymes, puissent être traitées informatiquement dans le but d'une étude scientifique, épidémiologique et d'évaluation du dit réseau.**

Je l'autorise également à **communiquer mon dossier médical issu de ce registre à tout professionnel de santé qui participe à la prise en charge de ma maladie** : OUI/NON

Si la réponse est non, à : (les noms sont à écrire en lettres capitales)

- mon médecin traitant : OUI/NON .....
- mon neurologue : OUI/NON .....
- mon médecin de rééducation (médecine physique et de réadaptation) : OUI/NON .....
- mon infirmier(e) : OUI/NON .....
- mon kinésithérapeute : OUI/NON .....
- mon orthophoniste : OUI/NON .....
- mon psychologue/psychiatre : OUI/NON .....
- à d'autres professionnels de santé (préciser) : OUI/NON
  - .....
  - .....

Je déclare par la présente mon accord volontaire pour participer au **Réseau SEP Auvergne**.

J'ai reçu un exemplaire de cette déclaration de consentement.

Fait à ....., le .....

Nom et prénom du médecin  
+ cachet et/ou adresse du cabinet  
**et signature**

Nom et prénom du patient  
+ adresse/tel  
**et signature**

« Je, soussigné, certifie avoir expliqué la nature et les objectifs du réseau tel qu'il est décrit dans la lettre d'information du patient à la personne sus citée ».

Le médecin précédera sa signature de la mention suivante « Lu et approuvé ».