

Formulaire d'adhésion patient au Réseau de Suivi Multidisciplinaire post-opératoire



Je soussigné Mr / Mme

Né(e) le :

.....
demeurant à

certifie que le Dr m'a proposé d'adhérer au Réseau de suivi
multidisciplinaire post-opératoire.

Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu et j'ai bien compris les informations suivantes :

- le but du Réseau est d'optimiser la qualité des soins des patients opérés
- Ce réseau garantit une meilleure coopération entre les différents médecins (généraliste, chirurgien, psychiatre, nutritionniste)
- L'engagement des médecins à se conformer aux données actuelles de la science
- La surveillance étroite du bien-être psychique et physique en post-opératoire,
- Eviter la survenue de carences nutritionnelles, améliorer l'accompagnement psychologique de la perte de poids et dépister préocurement les effets secondaires liés aux suites de l'intervention afin de les traiter rapidement ou même les prévenir.
- Je conserve le libre choix des médecins que je consulterai pour d'autres soins liés à ma santé.
- Cet engagement implique des visites médicales dont le rythme sera établi en fonction de mon état de santé. En cas d'absence de problèmes particuliers, le rythme ne dépassera pas une visite mensuelle, tous médecins confondus.
- Je m'engage également à répondre à un questionnaire de satisfaction annuel portant sur mon état de santé.

J'accepte d'adhérer à ce réseau dans les conditions précisées ci-dessus.

Mon consentement ne décharge en rien les médecins qui me soignent de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi. **Je pourrai à tout moment, si je le désire, arrêter ma participation au réseau sans supporter aucune responsabilité ni pénalisation portant sur le remboursement des soins légalement remboursés par l'Assurance Maladie.**

Cependant, **en cas d'interruption de la surveillance, je reconnaîs m'exposer à des risques pouvant être de gravité extrême découlant des effets secondaires liés à l'intervention chirurgicale subie.**

Fait à, le

Nom, prénom et signature du patient :

Nom et signature du médecin :

Nom et signature du témoin de la procédure