



FORMULAIRE D'ADHESION PROFESSIONNELS

Je soussigné(e),

M.....

Adresse professionnelle :

.....

..... ☎ :

Adresse mail :

Qualité :

Diplôme justifiant de la qualification professionnelle :

.....

N° ADELI (à 9 chiffres) :

déclare accepter devenir un des membres du réseau DYS-42.

J'ai pris connaissance de la charte du réseau DYS-42 et je m'engage à la respecter. J'ai obtenu toutes les informations souhaitées.

Je déclare accepter les modalités de fonctionnement établies par le réseau. Je m'engage à ne pas utiliser ma participation directe ou indirecte à l'activité du réseau à des fins de promotion et de publicité (cette interdiction ne s'appliquant pas aux opérations conduites par le réseau et destinées à le faire connaître des professionnels ou des patients concernés, dans le respect des règles déontologiques relatives à la publicité et à la concurrence entre confrères).

J'ai noté que ma participation pouvait être annulée à tout moment par lettre adressée au Réseau.

Fait à, le / /

Signature précédée de la mention manuscrite : « lu et approuvé »



NOTE D'INFORMATION **PROFESSIONNELS**

Madame, Monsieur, Cher confrère,

Vous avez été sollicité pour suivre l'enfant

dans le cadre du réseau de santé DYS-42, qui concerne les troubles spécifiques des apprentissages, accompagnés de troubles associés, chez l'enfant de 4 à 16 ans.

L'objectif est de constituer autour de lui une équipe de professionnels, médecins et rééducateurs, ayant reçu une formation de base commune sur les troubles concernés et capables de coopérer entre eux efficacement. En effet, la qualité et la continuité des soins constituent l'objectif principal du réseau DYS-42. Bien sûr, chaque acteur du réseau est responsable de ses actes et reste totalement indépendant, cette indépendance étant garantie, malgré l'exercice en réseau.

Votre participation au réseau DYS-42 est volontaire. Elle implique l'engagement à respecter les règles de fonctionnement décrites dans la présente charte et ses annexes, notamment :

- l'engagement à participer aux temps de formation organisés par le réseau
- l'engagement, au moins pour les rééducateurs, à participer aux réunions de synthèse et de suivi
- l'engagement à communiquer vos comptes-rendus de bilans, à compléter le dossier commun et le carnet de suivi
- la participation à l'évaluation, en transmettant les données nécessaires à celle-ci
- l'organisation de la continuité des soins

Elle vous permet de bénéficier le cas échéant des dispositions tarifaires spécifiques au réseau: indemnisation des temps de concertation, forfait de consultation médicale initiale, prestations dérogatoires forfaitisées pour certains actes paramédicaux.

Vous vous engagez d'autre part à respecter les règles déontologiques, notamment en terme de confidentialité et de respect des droits du patient (libre choix, secret médical, information du patient sur ses droits et sur la nature des soins proposés), à avoir souscrit une assurance en responsabilité civile professionnelle et à prévenir votre assureur de votre participation à un réseau de santé. Vous vous engagez également à ne pas conseiller aux parents d'entreprendre des rééducations, sans que l'opportunité de celles-ci ait été discutée en réunion pluridisciplinaire au réseau.

Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment, par lettre au Président du Conseil d'Administration de l'association AREDYS-42, en veillant à ne pas compromettre la continuité des soins et la sécurité du patient.

Conformément à l'article 39 de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1979, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données vous concernant. Pour exercer ce droit, vous devez adresser une demande au secrétariat du réseau.