

Charte de l'Association PREVAL

Article 1

L'association PREVAL a pour but d'améliorer la qualité de la prise en charge éducative des personnes atteintes de diabète et de facteurs de risques cardiovasculaires

Article 2

Les professionnels de l'association sont des professionnels médicaux et paramédicaux ayant signé la charte PREVAL et les usagers sont les patients qui ont signé le document d'information aux usagers.

Article 3

Les usagers conservent la possibilité de choisir librement les médecins et les professionnels de santé qu'ils sont amenés à consulter dans le cadre du traitement de leur diabète de ses complications et des facteurs de risque associés ou de toute autre pathologie.

Article 4

Les professionnels s'engagent à informer les patients des services rendus par l'association et de l'intérêt d'y adhérer.

Article 5

Les professionnels s'engagent à mettre leur pratique en conformité avec les protocoles validés par la Haute Autorité de la Santé.

Article 6

Les professionnels s'engagent à accepter leur inscription sur l'annuaire des professionnels de santé membre du réseau qui sera exclusivement réservé à l'usage interne de l'association.

Article 7

Les professionnels s'engagent à ne pas utiliser leur participation directe ou indirecte à l'activité de l'association à des fins de promotion et de publicité.

Article 8

L'adhésion ne décharge en rien des responsabilités envers les patients et des obligations déontologiques. L'acteur de l'association pourra à tout moment, s'il le désire, arrêter sa participation. Il en informera ses patients inclus dans l'association et le coordinateur du programme ETP.

Article 9

L'évaluation de PREVAL a fait l'objet d'une déclaration à la C.N.I.L, et, conformément à l'article 27 de la loi Informatique et Libertés, il disposera d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant auprès du coordinateur du programme ETP.

Cette charte a été présentée au Conseil Départemental de l'ordre des médecins.

L'association PREVAL met en œuvre des programmes d'Éducation Thérapeutique de 2^{ème} niveau autorisés et déclarés par l'ARS pour des patients (diabétiques ou en Obésité) par leur Médecin Traitant.

Je soussigné..... (nom, prénom)

Qualité.....

N° identification.....

Adresse professionnelle.....

Date d'adhésion au réseau :

Déclare

- avoir pris connaissance de la charte de PREVAL
- adhérer à l'Association PREVAL

Date :

Cachet et signature :