

# Charte du malade

Double détachable à envoyer à Cardiosaintonge par fax ou par courrier :  
78 cours Lemercier 17100 SAINTES - Tél : 05.46.94.04.25 - Fax : 05.46.94.18.67

- Sur la proposition de mon médecin le Dr j'adhère au projet de soin du réseau CardioSaintonge.
- Je participerai dans la mesure de mes possibilités au programme de suivi médical qui comprend une intervention de la diététicienne, une surveillance par mon infirmier, des séances de kinésithérapie et des consultations régulières auprès de mon médecin et de mon cardiologue.
- J'accepte que les informations recueillies dans le cadre du réseau soient utilisées conformément aux règles de confidentialité (déclaration à la Commission Nationale Informatique et Liberté) pour améliorer le traitement des malades cardiaques.
- Je peux à tout moment demander communication de mon dossier
- Je peux à tout moment me retirer du réseau sans que cela nuise à la continuité et à la qualité des soins.

Nom :

Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

A

le

Signature