

## Document d'information aux usagers

Le réseau de santé REVESDIAB s'adresse aux personnes adultes atteintes ou à risque de diabète de type 2, à leur entourage et aux professionnels de santé qui les prennent en charge. Membre du GCS Réseau Régional Diabète, il intervient sur les départements 77, 78, 91 et 94 et reçoit un financement de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France dans le cadre des dispositions légales concernant les réseaux de santé.

Toute personne respectant les critères d'inclusion peut être incluse dans le réseau en signant ce document et peut ensuite rectifier ses données ou sortir du réseau par simple notification, sans préjudice d'aucune sorte.

L'inclusion dans le réseau est gratuite. Les personnes incluses conservent le libre choix des médecins et des professionnels de santé qu'elles consultent pour les soins liés à leur diabète ou à toute autre pathologie.

### Les prestations du réseau :

- des ateliers de groupe : diététiques, podologiques, infirmiers, cuisine, d'activité physique adaptée,
- des consultations individuelles avec un diététicien, un éducateur médico-sportif,
- des annuaires de professionnels de santé agréés (diététiciens, podologues),
- accès à des rétinographes pour le dépistage de l'atteinte visuelle due au diabète,
- un accompagnement personnalisé par un infirmier sur prescription de votre médecin traitant,
- une équipe de professionnels disponibles pour vous aider dans votre parcours et répondre à vos questions.

Pour vous permettre d'accéder à ces prestations, nous établissons un « Plan Personnalisé de Santé » à partir de vos réponses au Questionnaire PPS qui nous informe sur votre diabète et vos attentes.

Coordonnées du secrétariat :

Réseau REVESDIAB  
4 rue Octave du Mesnil  
94000 CRETEIL

09 71 53 64 81  
[contact@revesdiab.fr](mailto:contact@revesdiab.fr)



REVESDIAB est membre du GCS Réseau Régional Diabète  
Son territoire d'intervention :  
Val-de-Marne, Essonne, Seine-et-Marne, Yvelines

0805 382 002

Service & appel  
gratuits

En signant ce document, j'accepte que les données relatives à ma prise en charge (administratives, sociales, médicales, soins infirmiers) puissent faire l'objet d'un traitement informatisé dans le logiciel du réseau et être partagées avec les professionnels de mon cercle de soins.

Le réseau participant au projet **Terr-eSanté\***, j'accepte que :

- des données antérieures ou des données provenant de systèmes d'information externes telles que les résultats de laboratoire informatisés, des comptes-rendus d'hospitalisation (liste non exhaustive), soient récupérées pour enrichir mon dossier dans l'objectif d'améliorer la coordination de ma prise en charge,
- en cas d'urgence médicale ou de risque immédiat pour ma santé, tout professionnel de santé puisse accéder, sur un périmètre et un temps limités, à mon dossier (le cas échéant, je recevrai une notification par e-mail).

J'ai bien noté que mes droits d'accès, de rectification et d'opposition prévus par la Loi informatique et liberté s'exercent à tout moment auprès du professionnel de santé initiateur du réseau.

J'atteste qu'un temps de réflexion suffisant m'a été accordé concernant ma prise en charge dans le réseau.

Je certifie avoir été informé(e) que je pourrai interrompre à tout instant ma prise en charge dans le réseau, sans préjudice d'aucune sorte.

.....  
\* : **Terr-eSanté** est une plateforme numérique de santé innovante au service des patients et de leurs professionnels de santé, portée par l'ARS Île-de-France.

Si vous ne souhaitez pas qu'un dossier vous concernant soit ouvert dans **Terr-eSanté**, merci de nous le confirmer en cochant la case ci-dessous :

Je ne veux pas qu'un dossier soit ouvert à mon nom dans la plateforme **Terr-eSanté**.



## ***Demande d'inclusion dans le réseau***

Je, soussigné(e)      Mme  M.

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Né(e) le : .....

Commune (CP) / Pays de naissance : .....

N° de Sécurité Sociale : .....

Adresse : .....

.....

CP : ..... Ville : .....

Tél. fixe : ..... Tél. portable : .....

Email : .....

Profession : .....

Médecin traitant : Dr .....

**accepte d'être inclus(e) dans le réseau dans les conditions précisées dans ce document.**

Fait à ..... Le .....

Nom, prénom et signature du professionnel de santé ou cachet

Nom, prénom et signature de l'utilisateur