

**Formulaire de consentement  
pour les patients participant aux  
programmes d'éducation thérapeutique**



De M., Mme, Mlle ..... (Nom, prénom)  
Demeurant.....  
..... (Adresse)

Le soignant ..... m'a proposé de participer à un programme d'éducation thérapeutique intitulé : « ..... »

J'ai reçu une notice d'information précisant le but et les modalités de déroulement de ce programme.

J'ai été informé :

- que les informations transmises ne seront pas partagées, sans mon accord, avec d'autres interlocuteurs.
- que mes données peuvent être transmises au sein de l'équipe et à mon médecin traitant.

Ma participation est totalement volontaire et je peux si je le désire interrompre ma participation au programme à tout moment sans avoir à en préciser les raisons et sans compromettre la qualité des soins qui me sont dispensés.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Je bénéficie à tout moment d'un droit d'accès et de rectification des données informatisées me concernant dans le cadre de ce programme, conformément aux dispositions légales en vigueur. En ce qui concerne des données de santé à caractère personnel, ce droit pourra être directement exercé par moi ou par l'intermédiaire du médecin de mon choix. (Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la Loi du 6 août 2004).

*J'accepte librement et volontairement de participer à ce programme dans les conditions précisées dans la notice d'information.*

Je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires au soignant référent ....., n° de téléphone : .....

**Fait à Strasbourg**

**Le** ..... / ..... / .....

**Signature du patient  
ou des représentants légaux**

**Signature du soignant référent**