

Informations destinées à éclairer votre consentement

Ce document vous est remis par :

Il doit permettre, d'entamer un dialogue, et de répondre à toutes les questions concernant, votre éventuelle participation au projet « Sevrage Alcoolique Ambulatoire à Domicile », SAAD

Une plateforme de soins, personnalisés et coordonnés, sera mise en place en 2024, par la CPTS la Cévenole, dans un cadre très officiel, relevant de ses attributions.

Sous la forme d'un collectif pluri-professionnel de soignants volontaires, c'est une alternative à vous aider à prendre la bonne décision de vous engager librement, dans une prise en charge globale de qualité égale aux bonnes pratiques, que requièrent votre état de santé .

Les autorités sanitaires donnent en effet leur autorisation, à cette expérimentation, pour multiplier dans l'avenir, les offres de soins de ville, à destination des maladies chroniques comme la vôtre.

En pratique, il s'agira de vous proposer, à l'occasion de plusieurs rencontres avec des soignants reconnus, par vous et par le bassin alésien, une évaluation, et de vous laisser guider en confiance, dans différentes phases bien repérées d'un commun accord.

Votre engagement, doit se faire sur plusieurs semaines, pour que l'équipe de soins désignée, recueille tous les renseignements utiles à votre parcours et aussi, aux bonnes fins de notre recherche . Si vous souhaitez sortir du protocole pour une raison personnelle, ou que les conditions ne soient pas remplies, nous vous aiderons à en sortir, au mieux de vos intérêts.

Les professionnels, que nous vous aurons aidés à choisir, s'engagent tous, à vous donner les meilleures informations, les meilleures prestations conformes à l'exercice de leurs professions, à respecter le secret professionnel partagé, ainsi que le respect des engagements tarifaires convenus en amont par les signataires de cette convention.

Je soussigné ,.....accepte ce jour de participer, sans contraintes, au protocole SAAD, diffusé par la CPTS « la Cévenole », dont je viens de recevoir les informations. Je donne mon consentement éclairé et signé ci-dessous :

A ALES, le patient, l'informateur