

**HYGIE-SEV-IDF**  
**CONSENTEMENT DES PARENTS AU RESEAU SEV**  
**Réseau :  MYPA  NEF  RSPP  RPSOF  RPVM  RPVO**

**Suivi et prise en charge des nouveau-nés vulnérables**

Le réseau de suivi des enfants vulnérables propose des consultations spécifiques pour les enfants nés à risque (grande prématurité, pathologie néonatale), selon un calendrier prédéfini jusqu'à l'âge de 7 ans. Ce suivi est assuré par un médecin pilote adhérent formé par le réseau, et choisi par la famille. En cas de besoin, le médecin pilote peut orienter votre enfant vers des soins adaptés et personnalisés et vous accompagner sur le plan psychosocial. Pour ce faire, divers professionnels peuvent intervenir à la demande du médecin pilote : psychologues, psychomotriciens, kinésithérapeutes, médecins spécialistes, etc. Le réseau garantit la qualité du suivi à tous les adhérents dans un souci d'égalité et de facilitation d'accès aux soins. Il s'engage à respecter la vie privée en assurant la confidentialité des informations médicales, sociales et personnelles.

**CHARTRE DU PATIENT**

Je soussigné(e)  Madame  Monsieur .....

Mère  Père  Tuteur légal de l'enfant .....

Né(e) le .....

Déclare avoir été informé (e) de l'existence et du fonctionnement du Réseau Pédiatrique SEV et souhaite y adhérer.

 Documents d'information remis – Plaquette d'information avec adresse du Site Web

- J'accepte que mon enfant soit suivi par les professionnels de santé du Réseau selon un calendrier prédéfini,
- J'accepte que les informations médicales concernant mon enfant soient accessibles aux professionnels de l'établissement dans lequel il est pris en charge (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) et aux professionnels du réseau qui s'occupent de lui (notamment par le biais du dossier médical informatisé mis en place par le Réseau),
- J'autorise la coordination du réseau à utiliser de façon anonyme les données concernant mon enfant pour des études de recherche et pour l'évaluation de la politique de santé périnatale de l'Agence Régionale de Santé Île-de-France (et nationale) visant à améliorer la qualité de vie et le devenir des enfants nés vulnérables,
- Je reste libre du choix du médecin qui se chargera du suivi médical habituel de mon enfant et du médecin pilote du Réseau qui effectuera les bilans de développement approfondis,
- Je dispose d'un droit d'accès au dossier médical de mon enfant (Article L1111-7 du CSP relatif à l'accès au dossier médical des enfants mineurs), de rectification, et d'opposition pour des motifs légitimes auprès du médecin pilote ou par simple demande écrite au coordinateur médical du réseau,
- Tout au long de la prise en charge de mon enfant, je suis libre de formuler toutes les observations souhaitées sur son suivi médical, psychologique et social,
- En cas de déménagement au sein de l'Île-de-France, et suite à mon accord, le dossier médical informatique de mon enfant pourra être transféré vers le Réseau de notre nouvelle commune sans avoir à signer de nouveau consentement.
- J'autorise les Réseaux SEV à utiliser mon adresse mail à des fins concernant uniquement le suivi médical de mon enfant :  Oui  Non  
Si oui, adresse mail à utiliser :  
.....@.....
- J'autorise les Réseaux SEV à m'adresser des SMS uniquement dans le cadre médical de rappel de consultations de mon enfant :  Oui  Non  
Si oui, téléphone portable : .....
- Je suis libre de quitter le Réseau à tout moment en informant la coordination du Réseau.

Je signe le présent formulaire en témoignage de mon consentement libre et éclairé.

Fait à ..... Le ...../...../.....

Signature du/des parent(s) ou tuteur légal

Nom, prénom et signature du médecin ayant délivré les informations :