



## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT PARENTAL D'ADHESION AU RESEAU « REPOP - ILE DE FRANCE »

Je soussigné(s) M ..... (père) et/ou Mme ..... (mère),  
de (nom et prénom de l'enfant) ..... titulaire(s) de l'autorité parentale,  
demeurant à (adresse complète) .....  
.....certifie que le Docteur  
..... nous a proposé la prise en charge, de notre enfant au sein du réseau de soins pour  
la prévention et la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent pour l'Ile de France « REPOP-Ile de  
France ».

Ce réseau est promu par des médecins communautaires (scolaires et PMI), des médecins pédiatres et généralistes de ville ainsi que par des médecins hospitaliers des centres hospitaliers engagés dans le réseau dans votre département. Le pivot central de ce réseau est le médecin traitant.

Il nous a été précisé par notre médecin que nous sommes libres d'adhérer ou de refuser de participer à ce réseau. Nous avons été informés que nous pouvons retirer notre enfant du réseau à tout moment. Cette décision ne pourra pas influencer sur les relations avec notre médecin pour le traitement de notre enfant. Notre engagement dans le réseau se situe aussi au niveau du protocole de suivi qui nous sera proposé par notre médecin et pour une durée minimale de 2 ans.

**Avant de prendre notre décision, nous avons pris connaissance des informations suivantes (contenues dans le document d'information ci-joint) :**

1. Le but d'un réseau de santé est d'améliorer la qualité des soins en assurant une meilleure coordination des professionnels qui interviennent dans la prévention et la prise en charge précoce des enfants et adolescents obèses.
2. L'engagement dans un réseau de santé implique la tenue d'un dossier de suivi par l'ensemble des médecins et des professionnels paramédicaux qui interviennent auprès de notre enfant. Ces données pourront être utilisées de manière anonyme dans un but épidémiologique.
3. La mise en place d'un réseau vise à faciliter, pour le patient, l'accès aux soins par un dépistage précoce et une prise en charge pluridisciplinaire à plusieurs niveaux d'actions : diététique, activité physique, psychologique et social.
4. L'objectif étant un changement durable de mode de vie dans le but d'une diminution de la morbidité liée à l'obésité de l'enfant.

Le \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

Nom du patient : \_\_\_\_\_

Signatures :

Le Père

La Mère

Le Médecin



## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PATIENT D'ADHESION AU RESEAU « REPOP - ILE DE FRANCE »

Après avoir écouté les explications données par le docteur ....., et qu'il ait répondu à mes questions et demandes d'explications, et après avoir pris connaissances des informations concernant le réseau, j'accepte d'être pris en charge pour mon obésité au sein du réseau de soins « REPOP - Ile de France ». Je m'engage à participer activement aux recommandations qui me seront proposées pour une période d'au moins 2 ans.

Mon adhésion au réseau et mon consentement ne déchargent en rien les médecins qui me soignent des responsabilités qui leur incombent.

Je suis libre à tout moment d'arrêter ma participation au réseau après en avoir informé mon médecin traitant qui en tiendra informé le coordinateur de réseau.

J'autorise le médecin coordinateur du réseau à utiliser les données extraites de mon dossier médical afin de procéder à l'évaluation du réseau et à toute amélioration de la qualité de la prise en charge de ma maladie. Le traitement de ces données sera anonyme et respectera le secret médical, et je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires au coordinateur du réseau ou à mon médecin traitant.

J'accepte d'être pris en charge pour mon obésité au sein du réseau REPOP d'Ile de France.

Le \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

Nom et signature :

Le Patient

Le Médecin

Accord des parents  
(Titulaires de l'autorité parentale)

Nom et signature :

Le Père

La Mère