

Nous soussigné(e)s,

PARENT 1	
Nom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	
Téléphone : _____	Mail : _____
PARENT 2	
Nom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	
Téléphone : _____	Mail : _____

DE L'ENFANT :		
Nom : _____	Prénom : _____	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Date de naissance : _____	Lieu de naissance : _____	
Terme de naissance (SA) : _____	Poids de naissance : _____	

**Déclarons avoir pris connaissance de la Charte de fonctionnement du réseau de suivi des enfants vulnérables DeveniRP2S qui nous a été remise, et de nos engagements (article 6) :**

- > Nous acceptons le fonctionnement du réseau DeveniRP2S.
- > Nous participons activement à l'observation de notre enfant et nous collaborons avec les médecins pilotes pour l'évaluation de son développement.
- > Nous sommes libres de choisir le médecin pilote libéral ou de PMI dans la liste des médecins adhérents qui nous a été fournie et nous nous assurons de sa disponibilité. Nous pouvons à tout moment en changer, et nous en informerons le réseau.
- > Nous prendrons rendez-vous aux dates prévues dans le calendrier de suivi (*correspondant au parcours personnalisé de soins PPS*) et acceptons d'être convoqués en cas d'oubli.
- > Nous informerons le plus rapidement possible le réseau DeveniRP2S en cas de changement de coordonnées.
- > En adhérant au réseau, nous donnons notre accord pour l'informatisation des données issues du suivi de notre enfant, sur la plateforme de santé de la région Auvergne Rhône-Alpes. Ce dossier régional « MesPatients » a été développée par le Groupement de Coopération Sanitaire SARA. Nous pouvons demander l'accès au dossier de notre enfant et/ou sa suppression par simple demande écrite (*courrier ou mail*) adressée au GCS SARA<sup>1</sup>.
- > Nous avons accès au dossier informatique de notre enfant via le portail patients [masanteconnectee.fr](https://masanteconnectee.fr), selon les modalités décrites dans la fiche d'information.
- > Nous acceptons que les différents professionnels impliqués dans le suivi de notre enfant communiquent entre eux et partagent les informations nécessaires et les résultats d'exams ou de tests, dans le respect du secret professionnel partagé. Ces échanges auront lieu via les outils informatiques du dossier « MesPatients » et une messagerie sécurisée de santé.
- > Nous sommes libres de choisir, pour notre enfant, un médecin traitant différent du médecin pilote DeveniRP2S.
- > Nous pouvons décider à tout moment de sortir du réseau en informant la coordination du Réseau DeveniRP2S par écrit (*courrier ou mail*).

Nous acceptons que notre enfant soit suivi par le réseau DeveniRP2S

Nous refusons que notre enfant soit suivi par le réseau DeveniRP2S.

Le suivi pourra être organisé par l'équipe de néonatalogie la plus proche de notre domicile.

## PROFESSIONNELS DE SANTÉ AUTORISÉS À ACCÉDER AU DOSSIER DE NOTRE ENFANT

Nous autorisons la coordination du réseau DeveniRP2S et les professionnels désignés ci-dessous à accéder au dossier de notre enfant.

Sur demande à la coordination ou via notre portail patient [masanteconnectee.fr](https://masanteconnectee.fr), nous pouvons ajouter ou supprimer l'habilitation d'un professionnel.

L'autorisation d'un service hospitalier permet l'accès à l'ensemble des professionnels de l'équipe impliqués dans le suivi de notre enfant.

ORGANISATION DU SUIVI DE NOTRE ENFANT			
Suivi pédiatre hospitalier : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>(de la liste pédiatre DeveniRP2S)</i>		Suivi pédiatre libéral : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>(de la liste pédiatre DeveniRP2S)</i>	
NOM Prénom	Centre Hospitalier	NOM Prénom	Ville ou structure d'exercice
AUTRES PROFESSIONNELS IMPLIQUES DANS LA PRISE EN CHARGE DE NOTRE ENFANT			
	NOM Prénom	Ville ou structure d'exercice	
Médecin de PMI :			
Médecin traitant si différent du médecin libéral <i>(hors liste DeveniRP2S)</i>			
Autre(s) professionnel(s) <i>(kiné, psychologue...)</i>			

Vous pouvez également refuser qu'un professionnel accède au dossier régional de votre enfant, pour cela merci d'indiquer ses coordonnées (Nom/Prénom/Lieu d'exercice) :

Fait en 3 exemplaires *(un exemplaire pour chaque parent et un pour la coordination)*

Date : \_\_\_\_\_

Signature du(es) représentant(s) légal(aux) de l'enfant<sup>iii</sup>,

Le Coordinateur du Réseau,  
Dr Cécile RYBAKOWSKI



Réseau DeveniRP2S  
Centre Hospitalier Métropole Savoie  
Bâtiment Le Tétras - BP 31125  
73011 CHAMBERY Cedex  
04 79 96 59 93  
[devenirp2s@ch-metropole-savoie.fr](mailto:devenirp2s@ch-metropole-savoie.fr)  
[www.rp2s.fr](http://www.rp2s.fr)

<sup>i</sup> GCS Sara, 24 allée Evariste Galois 63170 Aubière - [dpd@sante-ara.fr](mailto:dpd@sante-ara.fr)

<sup>ii</sup> Ma signature engage ma responsabilité et m'expose aux poursuites prévues par la loi en cas de fausse déclaration sur mon identité. La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés me donne la possibilité d'obtenir communication des informations enregistrées concernant cette demande afin de vérifier leur exactitude et de faire redresser toute anomalie constatée. Ce droit d'accès s'exerce auprès de l'administrateur du GCS SARA

<sup>iii</sup> La personne en charge du recueil du présent document est responsable de l'identification du signataire