






## Fonctionnement de Résédia<sup>®</sup>

*Madame, Monsieur,*

*Vous souhaitez adhérer à Résédia<sup>®</sup>, réseau nivernais des acteurs du diabète et de l'obésité, financé par l'ARS (Agence Régionale de Santé), soutenu par le Conseil Départemental de la Nièvre, la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) et la DRJSCS (Direction Régionale et Départementale Jeunesse, Sport et Cohésion Sociale).*

*La mission de Résédia<sup>®</sup> est de vous accompagner dans la gestion et le suivi de votre maladie, le diabète et/ou l'obésité, et de vous permettre ainsi **d'éviter ou de minimiser leurs complications**, via un parcours de santé associé ou non à un programme d'éducation thérapeutique.*

*La coordination de Résédia propose, en fonction de vos besoins, de bénéficier d'une prise en charge par le biais d'ateliers collectifs ou/et individuels :*

-  *soutien psychologique, renforcement de l'estime de soi,*
-  *atelier diététique*
-  *activité physique adaptée*
-  *auto-surveillance glycémique (diabète de type 2 uniquement)*
-  *soins podologiques (diabète de type 2 uniquement)*

*Dans le cas d'un diabète de type 1 ou des suites d'un diabète gestationnel, RESEDIA vous permet de bénéficier d'un complément (psychologie et activité physique) à la prise en charge déjà réalisée par votre structure de suivi.*

*Lors d'un entretien individuel, un professionnel de santé formé réalise avec vous le bilan éducatif et **élabore votre parcours éducatif personnalisé.***

*La coordination **informera votre médecin** traitant ou le spécialiste qui vous a fait adhérer du contenu de ce parcours.*

*L'organisation d'ateliers est **assurée par la coordination** du réseau ou les maisons de santé.*

**La coordination reste à votre disposition pour toute information complémentaire concernant le fonctionnement de Résédia<sup>®</sup>, par téléphone au **03.86.36.59.74** et par e-mail (**contact@resedia.fr**)).**

*Veillez recevoir, Madame, Monsieur, nos salutations les meilleures.*

*Sophie COUDRET  
Directrice-Coordnatrice  
RESEDIA-Maisons Sport Santé EnVie d'activité*

### Présidente

Docteur Ardina DESPLAN  
Diabéto-endocrinologue

\*\*\*

### Directrice Coordinatrice

Sophie COUDRET  
[directionSC@resedia.fr](mailto:directionSC@resedia.fr)

\*\*\*

### Responsable Administrative

Lucia HENRY  
[directionLH@resedia.fr](mailto:directionLH@resedia.fr)

\*\*\*

### Infirmières D.E.

[santeIDE@resedia.fr](mailto:santeIDE@resedia.fr)

Sophie FAVOREAU

Evelyne GUILLAUME

\*\*\*

### Assistante Comptable

Christelle GUENOT

\*\*\*

### Educatrice Physique

Adeline DEUTSCHLER  
[santeAPA@resedia.fr](mailto:santeAPA@resedia.fr)

\*\*\*

### Secrétaire

Mireille BOURAHLI  
[santesecretaire@resedia.fr](mailto:santesecretaire@resedia.fr)



**CHARTRE – FORMULAIRE A RETOURNER A RESEDIA 14 rue Georges Dufaud – 58000 NEVERS**

Madame, Monsieur,

Votre médecin vous a proposé d'être pris en charge dans le cadre d'un dispositif d'accompagnement ou d'éducation thérapeutique coordonné par le réseau **RÉSÉDIA**<sup>®</sup>, Réseau nivernais des acteurs du diabète et de l'obésité.

Ce réseau de santé a pour but de vous aider à mieux vous prendre en charge et à améliorer la qualité de vos soins, en apportant des compléments à votre suivi habituel (ateliers collectifs et/ou individuels).

**Des professionnels de santé adhérents au réseau, formés à votre prise en charge, vous accompagnent dans votre parcours personnalisé** : infirmier(e)s diététicien(ne)s, podologues, psychologues, éducateurs d'activité physique adapté. Votre médecin généraliste conservera la maîtrise des soins et sera informé de votre parcours.

Afin d'assurer la coordination de vos soins, des fiches de liaison seront créées sur un logiciel sécurisé accessible à tous les professionnels de santé auxquels vous aurez été adressé en consultation individuelle.

Toute information vous concernant est strictement confidentielle et ne sera utilisée que dans un cadre médical.

L'interruption du programme éducatif pourra intervenir à tout moment. Celle-ci devra nous être confirmée par écrit.

Résédia se réserve le droit d'exclure de son dispositif toute personne qui ne respecterait pas les engagements énumérés ci-dessous. Toute exclusion vous sera notifiée par courrier et votre médecin référent en sera également informé.

**Le patient s'engage à :**

- Accepter que le dossier médical « RESEDIA » soit partagé entre la coordination de RÉSÉDIA<sup>®</sup> et les différents acteurs du réseau
- Suivre et respecter dans la mesure du possible le parcours d'accompagnement proposé par le réseau RESEDIA<sup>®</sup>.
- Honorer ses rendez-vous individuels et collectifs et de prévenir en cas d'indisponibilité,
- Autoriser le traitement des données médico-économiques le concernant
- S'acquitter de l'adhésion à RÉSÉDIA<sup>®</sup> dont la cotisation d'entrée au réseau est de **10 euros**
- Etre à jour de sa responsabilité civile auprès de son assurance
- Accepter les décisions de la coordination d'exclusion en cas de non-respect notoire des engagements pris.

*Pour toute inscription, vous voudrez bien nous retourner la présente accompagnée de votre règlement (10 euros) par chèque bancaire libellé à l'ordre de RÉSÉDIA<sup>®</sup>. en ayant soin de remplir les renseignements ci-dessous*

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabète type 2                    | <input type="checkbox"/> Surpoids/obésité adulte | <input type="checkbox"/> Suite diabète gestationnel |
| <input type="checkbox"/> Diabète type 2 + surpoids/obésité | <input type="checkbox"/> Surpoids/obésité enfant | <input type="checkbox"/> Diabète de type 1          |

Nom du médecin traitant		Spécialiste ou structure qui vous a orienté vers Résédia	
Nom de naissance	Prénom	Nom marital	
Date de naissance	N° téléphone	Adresse e-mail ( <b>écrire lisiblement</b> )	
Lieu de naissance			
Adresse			

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_  
**Signature suivie de la mention manuscrite :**  
« J'accepte la Charte du réseau RESEDIA »



Madame, Monsieur

Désormais, nous avons l'**obligation de recueillir** de nos patients certaines informations concernant le régime social de leur assurance maladie.

Nous vous remercions par avance de bien vouloir remplir ce questionnaire.

Nous restons à votre disposition pour toute question au **03.86.36.59.74**.

**Nom** \_\_\_\_\_ **Prénom** \_\_\_\_\_ **Date de naissance** \_\_\_\_\_

**Numéro de sécurité sociale**

**Affiliation**

Salariés :  CPAM

Agricole :  MSA  AMEXA  GAMEX – autre : \_\_\_\_\_

Indépendants  RSI - autre : \_\_\_\_\_

Spéciaux :  CAMIEG  CNMSS  Mines,  MFP (ancien SLI)  
autre (préciser) : \_\_\_\_\_

**Département d'implantation de votre caisse** (exemple : 58) \_\_\_\_\_

## CHARTRE – FORMULAIRE A CONSERVER

**Madame, Monsieur,**

Votre médecin vous a proposé d'être pris en charge dans le cadre d'un dispositif d'accompagnement ou d'éducation thérapeutique coordonné par le réseau **RÉSÉDIA**<sup>®</sup>, **Réseau nivernais des acteurs du diabète et de l'obésité**.

Ce réseau de santé a pour but de vous aider à mieux vous prendre en charge et à améliorer la qualité de vos soins, en apportant des compléments à votre suivi habituel (ateliers collectifs et/ou individuels).

**Des professionnels de santé adhérents au réseau, formés à votre prise en charge, vous accompagnent dans votre parcours personnalisé** : infirmier(e)s diététicien(ne)s, podologues, psychologues, éducateurs d'activité physique adapté. Votre médecin généraliste conservera la maîtrise des soins et sera informé de votre parcours.

Afin d'assurer la coordination de vos soins, des fiches de liaison seront créées sur un logiciel sécurisé accessible à tous les professionnels de santé auxquels vous aurez été adressé en consultation individuelle.

Toute information vous concernant est strictement confidentielle et ne sera utilisée que dans un cadre médical.

L'interruption du programme éducatif pourra intervenir à tout moment. Celle-ci devra nous être confirmée par écrit.

Résédia se réserve le droit d'exclure de son dispositif toute personne qui ne respecterait pas les engagements énumérés ci-dessous. Toute exclusion vous sera notifiée par courrier et votre médecin référent en sera également informé.

### **Le patient s'engage à :**

- Accepter que le dossier médical « RESEDIA » soit partagé entre la coordination de RÉSÉDIA<sup>®</sup> et les différents acteurs du réseau
- Suivre et respecter dans la mesure du possible le parcours d'accompagnement proposé par le réseau RESEDIA<sup>®</sup>.
- Honorer ses rendez-vous individuels et collectifs et de prévenir en cas d'indisponibilité,
- Autoriser le traitement des données médico-économiques le concernant
- S'acquitter de l'adhésion à RÉSÉDIA<sup>®</sup> dont la cotisation d'entrée au réseau est de **10 euros**
- Etre à jour de sa responsabilité civile auprès de son assurance
- Accepter les décisions de la coordination d'exclusion en cas de non-respect notoire des engagements pris.