

## BULLETIN D'ADHÉSION PATIENT AU RÉSEAU **Merci de remplir TOUS les champs**

\*rayer les mentions inutiles

Je soussigné(e) .....

\*représentant(e) légal(e) de.....

**déclare adhérer à la charte de RHAPSOD'IF et m'engage à en respecter les règles.**

J'ai eu la possibilité de lire la charte et de comprendre les implications de mon adhésion. Il m'a été laissé suffisamment de temps pour réfléchir à ma/la\* participation de (nom / prénom du bénéficiaire des soins) , et d'en discuter avec elle/lui afin de recueillir, lorsque cela est possible, son consentement. Je suis libre d'accepter ou de refuser.

Je donne mon accord pour que les informations concernant la prise en charge bucco-dentaire soient centralisées au niveau de la cellule de coordination de RHAPSOD'IF en vue de l'évaluation de l'activité du réseau.

**Patient** : NOM ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Sexe :  M  F

**Etablissement** :  Oui  Non si Oui, Nom de l'Etablissement : .....

Y a-t-il eu une campagne de prévention RHAPSOD'IF dans l'établissement :  Oui  Non

**Type Handicap** : .....

**Fauteuil roulant** :  Oui  Non Si oui :  Electrique  Manuel

**Coopération du patient pendant le soin** :  Bonne  Moyenne  Difficile

**Le patient a-t-il un brossage des dents** :  Régulier  Partiel  Difficile  Avec aide

**Le patient a-t il eu des soins dentaires auparavant** :  Oui  Non (si oui, ligne suivante)

**Type** :  Anesthésie générale  MEOPA (gaz)  Avec aide médicamenteuse  Sans rien

**Où** :  Hôpital  Cabinet de ville  Centre de santé

**Protection sociale** :  Sécurité sociale  Mutuelle  CMU  CMU-C  AME

**Joindre un justificatif de handicap (carte d'invalidité ou attestation MDPH ou fréquentation d'un établissement spécialisé ou certificat médical)**

**Coordonnées de la personne à contacter :**

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... CP : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Email : .....

**Si vous êtes le(la) représentant(e) légal(e), êtes-vous ?**

Père/Mère  Fils/Fille  Frère/Sœur  Autre (précisez) : .....

**Avez-vous besoin d'être orienté(e) vers un chirurgien-dentiste pour une prise en charge spécifique ?**

Oui  Non car j'ai déjà un dentiste RHAPSOD'IF (nom) .....

Fait à : ..... , le...../...../.....

Signature Précédée de la mention manuscrite

« **J'accepte la charte du réseau et déclare vouloir y adhérer** »

*Informatique et libertés :*

*Les informations demandées sur le présent document sont nécessaires au traitement et à la gestion de votre adhésion. Elles seront recensées dans le fichier informatique de l'association, déclaré auprès de la CNIL (déclaration n° 1426743). En vertu de l'article 34 de la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 vous disposez d'un droit d'accès, de modification et de rectification des données qui vous concernent.*

**Merci de compléter et renvoyer ce document accompagné d'un justificatif de handicap à :**  
**RHAPSOD'IF – 12 rue Pierre Semard 94700 - MAISONS-ALFORT 09.63.62.52.72**  
Ou par mail : [rhapsodif@orange.fr](mailto:rhapsodif@orange.fr)