

FORMULAIRE D'ADHESION MEDECIN

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse professionnelle : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone fixe (pour prise de rendez-vous) : _____

Téléphone portable : _____ Ce numéro peut-il être communiqué aux familles ? OUI NON

Mail : _____

Profession : Pédiatre Médecin généraliste Médecin nutritionniste

Autre (précisez) : _____

N° d'inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins : _____ Département : _____

N° SIRET : _____

N° RPPS : _____

Mode d'exercice : Libéral Salarié

MSP CMS PMI

Autre (précisez) : _____

Je soussigné(e) :

Déclare adhérer au Réseau pour la Prise en charge et la prévention de l'Obésité en Pédiatrie (REPOP IdeF).

Ce réseau a pour objectifs :

1. De favoriser l'**implication** de tous les professionnels au contact des enfants et les liens avec les différentes instances institutionnelles et associations, en particulier celles s'occupant des adultes obèses.
2. De promouvoir la **prise en charge**, en réseau, des enfants et adolescents obèses.
3. De promouvoir et mettre en place le **dépistage précoce** de l'obésité.
4. De promouvoir la **formation et l'information** sur l'obésité ; développer et mettre en commun des pratiques et des outils pour améliorer la prise en charge de l'enfant obèse.
5. De promouvoir la **prévention** de l'obésité et ses complications.
6. De promouvoir des actions de **recherches** cliniques, thérapeutiques, épidémiologiques et fondamentales dans le cadre de l'obésité et de ses complications.
7. D'**évaluer** la qualité et l'efficacité de cette prise en charge et les résultats ainsi obtenus.

FORMULAIRE D'ADHESION MEDECIN

- **J'ai bien reçu et pris connaissance des statuts, et reçu les informations suivantes pour asseoir ma décision :**

- Le réseau a pour objet de favoriser l'accès aux soins, la continuité et la pluridisciplinarité de la prise en charge.

Il doit promouvoir les actions concernant l'éducation à la santé et la prévention ainsi que les actions du dépistage et de l'amélioration de la qualité des soins.

L'enfant obèse bénéficiera de l'intervention adaptée et coordonnée de chaque acteur sur ses problèmes médicaux.

- Le médecin du réseau est l'interlocuteur permanent et le correspondant principal du patient et de sa famille, et sera le garant de la globalité de la prise en charge et de sa cohérence dans cette pathologie. Il est le pivot de cette prise en charge.
- En adhérant au réseau, je m'engage à tenir le dossier médical selon le protocole défini et à participer aux formations mises en place et à l'évaluation du service médical rendu aux patients. Je serai destinataire des résultats de cette évaluation comme mes autres confrères participant aux réseaux de soins.
- En adhérant au réseau, j'accepte que mes coordonnées figurent dans l'annuaire en ligne de l'Association REPOP IDF, accessible uniquement par portail sécurisé pour les adhérents du REPOP IDF.

Je m'engage pour participer activement au réseau.

Date : ____ / ____ / 20__

Nom, Prénom :

Signature