



## **FICHE d'ADHESION (1)**

### **MEMBRE DU RESEAU PEDIATRIQUE DU SUD ET OUEST FRANCILIEN**

*Je soussigné(e),....., après avoir pris connaissance de la charte de fonctionnement du réseau Pédiatrique du Sud et Ouest Francien et de la charte du patient, souhaite adhérer au réseau.*

*Je m'engage à respecter les principes suivants :*

- ✓ *Le respect de la dignité de la personne*
- ✓ *Une vigilance particulière permettant de garantir la confidentialité des informations*
- ✓ *Une obligation d'information et de formation sur l'ensemble des éléments permettant d'améliorer le suivi et la prise en charge des nouveau-nés à risque*
- ✓ *Un respect du protocole de suivi standard*
- ✓ *Une acceptation des pratiques pluridisciplinaires*
- ✓ *Une communication systématique au réseau de tous les éléments concernant un enfant adhérent*
- ✓ *L'utilisation du dossier patient informatisé*

*Je suis informé(e) que le non respect de ces engagements entraînera mon exclusion du réseau.*

*Fait à ....., le .....*

*Signature*



**FICHE d'ADHESION (2)**  
**MEMBRE DU RESEAU PEDIATRIQUE DU SUD ET**  
**OUEST FRANCILIEN**

Je soussigné(e) Docteur .....

- Pédiatre     Généraliste  
 Libéral     Hospitalier     PMI     autre

*(Cocher les cases vous correspondant)*

Exerçant à .....

.....

Enregistré au Conseil de l'Ordre des Médecins sous le Numéro :

I I I I I I I I I I I I I I I

Certifie adhérer au Réseau Pédiatrique Du Sud et Ouest Francilien en qualité de :

- Médecin Pilote

*Fait à ....., le.....*

*Signature*