|  |
| --- |
| **contrat TRAJET DE SOINs ObesitE**  Vignette mutuelle du patient |
| **ENGAGEMENTS DU PATIENT ET DES PARENTS OU DU TUTEUR DU PATIENT**  **NOM DU PATIENT :**  - Mon médecin généraliste ou mon médecin spécialiste en pédiatrie m’a expliqué aujourd’hui les conditions du trajet de soins « Obésité chez les enfants ».  - J’ai été informé(e) par mon médecin généraliste ou mon médecin spécialiste en pédiatrie que les bénéfices et la réussite du trajet de soins dépendent de ma participation active au plan de suivi.  - J’autorise la collecte et le(s) traitement(s) nécessaire(s) pour la finalité des réaliser l’évaluation du traitement, des données à caractère personnel de mon enfant [Nom et prénom de l’enfant].  - Les données suivantes sont collectées:   * Données administratives   + Nom – Prénom du représentant legal   + Nom – Prénom de l’enfant   + Genre   + Date de naissance   + N° NISSS   + Adresse   + Téléphone   + Email * Paramètres anthropométriques : * Poids * Taille * BMI et BMI z-score * Santé cardiométabolique : valeurs des lipides sanguins: * triglycérides (TG), * cholestérol total (TC), * cholestérol des lipoprotéines de basse densité (LDL-C) * et de haute densité (HDL-C) * Non-HDL-C * Lorsque c’est cliniquement indiqué : détermination de l'HbA(1c), de l'insuline plasmatique (à jeun) et du glucose plasmatique (à jeun) * Tension artérielle : * Tension artérielle systolique * Tension artérielle diastolique * Activité physique (chez les 6 ans et plus): * Résultats obtenus durant le Six-Minute Walking Test (6-MWT) c’est-à-dire le nombre de mètres parcourus pendant 6 minutes * Qualité de vie : Toutes les données recueillies en utilisant questionnaire ED-5D-Y   - La base légale du traitement est l’article 9.2 a) du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel (RGPD)  - Le responsable du traitement est l’Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI).  - Les données sont collectées et traitées par les Centres pédiatriques multidisciplinaires de l’obésité (CMPO). Elles sont ensuite conservées dans le cadre d’un registre géré par la Belgian Association for the Study of Obesity (BASO) et la Société Belge d'Endocrinologie Pédiatrique et Diabète (BESPEED).  - Les données sont conservées pendant le délai de 6 ans depuis leur collecte sous forme pseudonymisée.  - Les entités suivantes peuvent accéder aux données : INAMI et BESPEED.  J’ai reçu toutes les informations nécessaires au sujet de(s) traitement(s) précités des données à caractère personnels de mon enfant et de l’exercice des droits, conformément au RGPD. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement des données à caractère personnel, il convient de contacter (le cas échéant, le délégué à la protection des données ou le service chargé de l’exercice de ces droits) : [adresse électronique, postale, coordonnées téléphoniques, etc.]  Date et signature |
| **ENGAGEMENTS DU MÉDECIN SPÉCIALISTE EN PÉDIATRIE, LIÉ À UN CPMO (Centre pédiatrique multidisciplinaire de l'obésité)**  J’accepte de participer au trajet de soins de ce patient, qui appartient au groupe à risque, et plus précisément :   * en accord avec l’équipe du CPMO, d’élaborer, de surveiller, d’évaluer et d’adapter un plan de suivi individuel. Ce plan de soins comprend des objectifs, un suivi planifié, des consultations médicales et des interventions paramédicales pour le bénéficiaire atteint d’obésité. * d’encadrer le médecin généraliste ou le médecin spécialiste en pédiatrie (premier niveau) lors de l’élaboration, de l’exécution et du suivi, de l’évaluation et de l’adaptation d’un plan de suivi individuel pour le bénéficiaire atteint d’obésité. * de transmettre les rapports de mes consultations et examens techniques au médecin généraliste ou au médecin spécialiste en pédiatrie (premier niveau). * d’entretenir, avec le médecin généraliste ou le médecin spécialiste en pédiatrie (premier niveau), une communication efficace, soit à la demande du médecin généraliste ou du médecin spécialiste en pédiatrie (premier niveau), soit en réponse au transfert d'informations. * de transmettre copie du présent contrat dûment complété au médecin-conseil.   Nom + Cachet Date et signature |
| **ENGAGEMENTS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE OU DU MÉDECIN SPÉCIALISTE EN PÉDIATRIE (PREMIER NIVEAU)**  J’accepte de participer au trajet de soins du patient, qui appartient au groupe à risque, et plus précisément :   * d’aider le bénéficiaire à suivre le plan de soins individuel de commun accord avec le médecin spécialiste en pédiatrie (deuxième niveau). * de transmettre au médecin spécialiste mes observations et les résultats d’examens utiles au suivi du patient.   Nom + Cachet Date et signature |
| **MÉDECIN-CONSEIL DE LA MUTUALITE**  Je confirme réception du présent contrat conformément à la réglementation portant sur le trajet de soins « obésité chez les enfants », applicable à partir du (date de réception conformément à la demande)…………jusqu’au………………  Nom + Cachet Date et signature |