

CHARTRE PARENTS/TUTEUR

Madame, Monsieur,

Votre enfant a été hospitalisé dans le service de
Les médecins vous ont expliqué qu'il serait souhaitable que votre enfant bénéficie d'un suivi spécifique. Les professionnels de la Région Centre-Val de Loire, qui s'occupent des enfants nés prématurément ou atteints d'une pathologie néonatale, ont constitué le réseau de santé « Grandir En Région Centre-Val de Loire » pour mieux organiser ce suivi.
La présente charte a été réalisée dans le but de vous informer et d'obtenir votre accord pour le suivi de votre enfant par le réseau.

Le suivi proposé se compose au total de 10 consultations jusqu'aux 7 ans de l'enfant :

- Trois consultations durant la première année (3 - 9 - 12 mois d'âge corrigé) ;
- Deux consultations durant la deuxième année (18 mois et 24 mois d'âge corrigé) ;
- Une consultation à 3 ans ;
- Une consultation à 4 ans ;
- Une consultation à 5 ans ;
- Une consultation à 6 ans ;
- Une consultation à 7 ans.

Les consultations seront réalisées par un médecin que vous choisirez parmi ceux qui ont adhéré au réseau « Grandir En Région Centre-Val de Loire » et dont la liste vous est jointe. Les informations recueillies au cours de ces consultations aideront le médecin à vous proposer la prise en charge la plus adéquate possible. Ces consultations peuvent être aussi un temps de partage, d'échange et d'information concernant les problèmes que pourraient rencontrer votre enfant.

Ces consultations ne se substituent en aucun cas au suivi habituel de votre enfant avec votre médecin traitant ou votre pédiatre.

Pour assurer la bonne marche de ce suivi, le recours à l'outil informatique est indispensable et donc les données concernant votre enfant seront enregistrées dans un fichier informatique déclaré à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (*déclaration CNIL n°1816422*) et hébergées par un prestataire extérieur (*Société IDCB*). Après anonymisation, ces données seront utilisées dans le cadre de l'évaluation de la politique de santé périnatale de notre région.

Par la présente, nous souhaitons recueillir votre avis (cocher la case correspondante à votre choix) :

- **J'accepte ce suivi** et m'engage à suivre les modalités proposées.
- **Je refuse le suivi** proposé par le réseau. motif :

A tout moment, vous pouvez, sur simple déclaration, revenir sur votre décision en contactant la cellule de coordination du réseau.

Nous vous remercions de la confiance que vous nous témoignez et resterons à votre disposition tout au long du suivi de votre enfant pour tout renseignement ou questionnement aux numéros suivants : 02 34 38 94 61 ou 02 47 47 88 90.

Le/...../..... à

Signature du ou des détenteur(s) de l'autorité légale :

NOM DE L'ENFANT	PRÉNOM
DATE DE NAISSANCE/...../.....	
ÉTABLISSEMENT INCLUSION.....	N° INCLUSION.....