



Adhésion des parents au réseau Méditerranée

Document à détacher et **à envoyer** à la coordination du réseau :

Réseau Méditerranée – CH Edouard Toulouse – 118, Chemin de Mimet
13015 MARSEILLE
Fixe : 09.67.33.42.72
Mail : suivi.prema@reseauperinatmed.fr

Nom de l'enfant		Age Gestationnel	
Prénom de l'enfant		Poids de naissance	
Date de naissance		Sexe	
Etablissement de naissance		Nombre de frères	
Etablissement d'hospitalisation au moment de l'inclusion		Nombre de sœurs	

Des professionnels de santé des régions PACA et Corse ont constitué un **réseau de santé afin d'organiser le suivi du développement des enfants nés très prématurément à moins de 33 SA** et de les orienter, si nécessaire, vers la prise en charge la plus adaptée.

Ce réseau de santé s'appelle **Réseau Méditerranée**. Il rassemble des praticiens exerçant en libéral, à l'hôpital, à la Protection Maternelle et Infantile (PMI), en CAMSP et à l'Education Nationale. Une équipe de coordinateurs, médecins pédiatres, kinésithérapeutes et administratifs, organise le fonctionnement du réseau et le suivi des enfants. La convention constitutive et la charte du réseau sont disponibles sur notre site Internet à l'adresse www.reseauperinatmed.fr ou bien par courrier sur simple demande.

Par la signature de ce document d'adhésion au réseau, vous donnez votre accord pour l'organisation du suivi de votre enfant par le Réseau Méditerranée et pour le recueil des informations nécessaires à ce suivi, conformément à la législation sur les données de santé. Cette adhésion est gratuite.

J'accepte le suivi du développement de mon enfant organisé par le Réseau Méditerranée. Je reste libre à tout moment de revenir sur ma décision, de consulter ou rectifier les données concernant mon enfant.

Je refuse le suivi du développement de mon enfant organisé par le réseau de santé Méditerranée. Je reste libre de reprendre le suivi à tout moment en contactant le réseau Méditerranée.

A

Le

Signature de la mère

Signature du père

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

	Mère	Père
Nom		
Nom de jeune fille		
Prénom		
Date de naissance		
Téléphone fixe		
Téléphone portable		
Adresse		
Code postal		
Ville		
Adresse mail		
Niveau d'études	Pas d'études <input type="checkbox"/> CAP - BEP <input type="checkbox"/> BAC <input type="checkbox"/> Supérieur <input type="checkbox"/>	Pas d'études <input type="checkbox"/> CAP - BEP <input type="checkbox"/> BAC <input type="checkbox"/> Supérieur <input type="checkbox"/>
Profession		

Grands-parents maternels		Grands-parents paternels	
Nom Prénom		Nom Prénom	
Tél. fixe		Tél. fixe	
Tél. portable		Tél. portable	
Adresse		Adresse	
Ville		Ville	
Code postal		Code postal	

Médecin traitant de l'enfant			
Nom			
Ville		Code postal	

Médecin référent choisi	
Nom	
Lieu d'exercice	