



CONVENTION D'ADHESION DES MEDECINS AU RESEAU HYPNOS

Je soussigné, Docteur.....
de spécialité, exerçant à.....
.....
déclare avoir été informé :

- des objectifs et des modalités de l'action expérimentale du Réseau Hypnos-association pour la prise en charge de pathologies du sommeil et de la vigilance.

- que l'adhésion au réseau implique l'engagement de :
 - ✓ assurer la prise en charge des patients pris en charge dans le cadre du réseau, dans les délais les plus brefs, en accord avec les recommandations de bonne pratique médicale établies par le conseil scientifique,
 - ✓ adresser les patients dans le cadre du réseau à un niveau supérieur de diagnostic ou traitement si son niveau ne permet pas une prise en charge adaptée à sa pathologie
 - ✓ contacter si besoin, le médecin coordonnateur du réseau pour assurer l'orientation ou le traitement des patients
 - ✓ établir un compte rendu lors de l'entrée du patient dans le réseau et à chaque consultation de suivi, en conformité avec les recommandations de bonne pratique médicale établies par le conseil scientifique,
 - ✓ prescrire pour ces patients et dans la mesure du possible, les médicaments les moins onéreux
 - ✓ participer, si nécessaire, aux réunions de formation sur le traitement et la prise en charge des troubles chroniques du sommeil et de la vigilance
 - ✓ de permettre l'utilisation des données qui concernent les patients suivis dans le cadre du réseau dans le but d'évaluation du fonctionnement de ce réseau

- qu'en adhérant au réseau j'ai le droit:
 - ✓ au respect des statuts
 - ✓ à des formations aux pathologies du sommeil et de la veille

- ✓ à un accès privilégié pour mes patients dont la pathologie nécessite des actes diagnostiques ou thérapeutiques à un niveau de soins de niveau 2
- ✓ à l'orientation de mes patients du point de vue thérapeutique ou diagnostique, par le coordonnateur du réseau
- ✓ à tout moment à l'accès aux compte rendus des consultations et des résultats des examens effectués par les différents acteurs de santé participants à la prise en charge des mes patients suivis dans le cadre du réseau

Par conséquent j'adhère au réseau Hypnos, pour une durée minimum d'un an renouvelable.

Je peux démissionner à tout moment à condition de prévenir le conseil d'administration du réseau et de permettre la continuité des soins des patients suivis dans le cadre du réseau.

Je déclare également avoir été informé que le non-respect des engagements sus mentionnés peut entraîner mon exclusion du réseau.

Fait le _____ à _____

Signature et cachet du médecin