

Feuillet à garder par l'établissement

Réseau d'Accompagnement des Familles en Lorraine

REFUS D'ADHESION

Partie à remplir par les parents

Nom de l'enfant : _____

Prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : _____

Nom et prénom du père : _____

Nom et prénom de la mère : _____

Nous ne souhaitons pas adhérer au Réseau de suivi RAFAEL.

Pouvez-vous nous indiquer en quelques mots le ou les motifs de votre refus ? Nous vous en remercions vivement.

Le : _____

A : _____

Signature :

Une adhésion secondaire est toujours possible : vous pouvez pour cela contacter directement RAFAEL ou en faire la demande auprès du médecin du service qui vous a proposé ce suivi.

Votre refus de participer n'entraîne pas de conséquence sur vos relations avec les médecins qui ont été ou seront amenés à prendre en charge votre enfant. Le suivi habituel de votre enfant sera bien sûr assuré. Seules les consultations et examens supplémentaires prévus dans RAFAEL ne seront pas réalisés. Le dossier RAFAEL ne sera donc pas rempli par le médecin et les données nominatives vous concernant et concernant votre enfant qui figurent sur ce document ne donneront pas lieu à une informatisation.

Quelle que soit votre décision, le réseau reste à votre disposition.

RAFAEL

10 rue du Docteur Heydenreich - CS 74213 - 54042 NANCY Cedex

Tél 03 83 34 29 43 – Fax 03 83 34 44 49

rafael@chru-nancy.fr - <http://www.reseauperinatallorain.fr>

Feuillelet à envoyer au Réseau RAFAEL

Réseau d'Accompagnement des Familles en Lorraine

REFUS D'ADHESION

Cette famille a choisi de ne pas adhérer au Réseau RAFAEL, c'est pourquoi nous ne souhaitons pas connaître l'identité de l'enfant mais seulement les critères d'inclusion afin de pouvoir faire une estimation des enfants éligibles pour le suivi RAFAEL.

Merci de bien vouloir remplir cette partie et de la renvoyer au Réseau RAFAEL.

Partie à remplir par le médecin du service de néonatalogie

Poids de naissance : _____ grammes

Terme de l'enfant : _____ SA + _____ jours

Sexe : Masculin Féminin

Critères d'inclusion

Groupe 1

- prématurité AG < 29 SA
- poids de naissance < 1 000 g
- encéphalopathie anoxo-ischémique

Groupe 2

- prématurité ≥ 29 SA et < 34 SA
- poids de naissance ≥ 1 000 g et < 1 800 g
- chirurgie néonatale lourde
- pathologie neurologique autre

Motif de leur refus (si indiqué):

Déclaration de refus signée

Refus de signer mais déclaration orale de refus

Médecin qui a donné l'information :

Nom : _____

Prénom : _____

Etablissement : _____

Le : _____

A : _____

Partie à remplir par le Réseau RAFAEL

N° de refus : _____

RAFAEL

10 rue du Docteur Heydenreich - CS 74213 - 54042 NANCY Cedex
Tél 03 83 34 29 43 – Fax 03 83 34 44 49
rafael@chru-nancy.fr - <http://www.reseau-perinatallorraine.fr>