Les professionnels de santé du centre s’interrogent régulièrement sur leurs pratiques et leurs organisations pour améliorer la qualité des soins. Pour cela, nous mettons en œuvre une méthodologie appelée le « Patient Traceur ». Cette méthode nécessite d’échanger avec les patients sur le vécu de leur prise en charge.

**Seriez-vous d’accord pour échanger avec un professionnel lors d’un entretien de 30 à 45 minutes et contribuer à l’amélioration du parcours de soin pour le patient diabétique ?**

Cet entretien n’abordera pas de questions personnelles sur votre état de santé et portera uniquement sur votre parcours de soins tel qu’il s’est déroulé. Les questions porteront sur les soins, leur organisation, les informations que vous avez reçues, la communication entre les professionnels qui vous soignent et vous accompagnent.

**Les informations échangées sont confidentielles et anonymes et n’auront aucune influence sur votre prise en charge individuelle.**

Vous avez la liberté d’accepter ou non de réaliser cet entretien. Vous pouvez refuser à tout moment d’y participer même après avoir donné votre consentement. Et vous pouvez refuser de répondre à certaines questions.

Si vous acceptez, vous devrez nous remettre votre accord signé au dos de ce document, et vous serez contacté très prochainement par le professionnel du centre de santé qui réalisera cet entretien avec vous.

**Nous vous remercions de votre contribution à l’amélioration de la qualité des soins de notre centre.**

**Consentement à ma participation à la démarche qualité du centre de santé**

**par la méthode du « Patient Traceur »**

Je soussigné(e) Mme/ M. (Nom, Prénom du patient)  :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ Accepte de participer à l’évaluation de la qualité et de la sécurité des soins par la méthode du « Patient Traceur »

Date : Signature :