

## *Lettre information patiente*

Madame,

Vous consultez au Centre des maladies du sein de l'Hôpital Saint-Louis pour une affection mammaire nécessitant une surveillance. Afin d'améliorer la qualité de votre prise en charge, les praticiens de l'hôpital Saint-Louis et les médecins qui vous suivent ont décidé de constituer un réseau de santé.

Ils proposent que votre surveillance soit assurée en alternance (une fois sur deux par exemple) par votre médecin référent de l'hôpital et votre médecin traitant, qu'il soit spécialiste ou généraliste.

Dans le but d'assurer la globalité de votre suivi, d'autres professionnels, hospitaliers et privés font partie de ce réseau : infirmières, kinésithérapeutes, psychologues, travailleurs sociaux.

L'ensemble des praticiens adhérents du réseau s'engage à respecter les protocoles de traitement et de surveillance de l'hôpital Saint-Louis, à se transmettre dans les meilleurs délais les éléments de votre dossier médical et toute information vous concernant tout en respectant une stricte confidentialité.

Des réunions régulières permettront les échanges nécessaires et l'évaluation des pratiques communes.

Votre acceptation de ce mode de prise en charge est bien entendu volontaire et vous pourrez y mettre fin à tout moment sans aucune conséquence sur votre suivi.

Les membres du réseau sont à votre disposition pour toute information et vos remarques seront les bienvenues

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos salutations dévouées

Date et signature



**Saint-Louis Réseau Sein**

Hôpital Saint-Louis / Centre des Maladies du Sein  
1 avenue Claude Vellefaux – 75475 PARIS cedex 10  
Secrétariat Saint-Louis réseau sein : Charlotte LENA  
Téléphone : 01.42.49.47.48

E.mail : [saint-louis.reseau-sein@sls.aphp.fr](mailto:saint-louis.reseau-sein@sls.aphp.fr) / [Contac@saint-louis-reseau-sein.org](mailto:Contac@saint-louis-reseau-sein.org)



## *Lettre d'information sur le dossier informatisé*

Vous avez accepté d'être pris en charge par le réseau St Louis réseau sein. La transmission des éléments de votre dossier médical entre les professionnels participant à votre prise en charge est essentielle pour garantir un suivi de qualité. Afin de permettre cette coordination, certains membres du réseau utilisent un système informatique qui permet l'archivage et la consultation des éléments de votre dossier dans le strict respect du secret professionnel et de votre consentement. Ce système répond aux exigences de la loi concernant « l'hébergeur d'informations médicales ».

Certains renseignements administratifs et médicaux indispensables à votre prise en charge feront l'objet d'un enregistrement informatique. Les accès à ce dossier sont réservés, avec votre consentement, à l'usage de votre médecin du centre des maladies du sein de l'hôpital Saint-louis et de votre médecin de ville. Conformément à la loi « informatique et libertés<sup>1</sup> », vous pourrez également avoir accès à ces données informatisées, en faisant la demande à votre médecin.

Votre acceptation de ce mode de prise en charge est bien entendu volontaire et vous pourrez y mettre fin à tout moment sans aucune conséquence sur votre suivi.

Les membres du réseau sont à votre disposition pour toute information et vos remarques seront les bienvenues.

Ce consentement ne décharge pas le réseau Saint-Louis réseau sein de ses responsabilités. Vous conservez tous les droits garantis par la loi.

---

*Je soussigné ..... déclare avoir pris connaissance des informations mentionnées ci-dessus et estime avoir obtenu les précisions nécessaires à l'expression de mon consentement éclairé. J'ai reçu copie du présent document, et j'ai été informé(e) qu'une copie sera également conservée par le secrétariat du Saint-Louis réseau sein dans des conditions garantissant la confidentialité.*

*En conséquence, je donne mon accord pour le recueil, l'enregistrement informatique et la mise à disposition des données me concernant dans les conditions sus définies.*

Fait à :

Le :

---

<sup>1</sup> Articles 26, 34, et 40 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

---

Signature :



**Saint-Louis Réseau Sein**

Hôpital Saint-Louis / Centre des Maladies du Sein  
1 avenue Claude Vellefaux – 75475 PARIS cedex 10  
Secrétariat Saint-Louis Réseau Sein : Charlotte LENA  
Téléphone : 01.42.49.47.48

E.mail : [saint-louis.reseau-sein@sls.aphp.fr](mailto:saint-louis.reseau-sein@sls.aphp.fr) / [Contac@saint-louis-reseau-sein.org](mailto:Contac@saint-louis-reseau-sein.org)



## *Proposition d'adhésion*

Cher Confrère,

Les praticiens du centre des maladies du sein de l'hôpital Saint Louis et des praticiens de ville ont formé un réseau de santé, régi par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 ayant pour dénomination SAINT-LOUIS RESEAU-SEIN.

Les objectifs de ce réseau de santé sont d'améliorer la prise en charge et le suivi des patients(es) atteints(es) ou à risque d'affections mammaires dans tous les domaines du dépistage, du soin et du soutien. S'y associeront également des actions d'information, de formation et de recherche. D'autres professionnels hospitaliers et privés (infirmières, kinésithérapeutes, psychologues, travailleurs sociaux) ont également intégré ce réseau.

Nous vous proposons de faire partie de ce réseau, en vous informant que la surveillance des patientes, après leur accord, se fera de façon alternée (1 fois sur 2 par exemple) entre vous et différents médecins référents de l'hôpital au moyen de fiches de suivi.

En effet, un système de communication (informatisée ou non) est mis en place entre vous et l'hôpital afin de permettre cette surveillance. Un numéro de téléphone (01.42.49.47.48) et un e-mail ([saint-louis.reseau-sein@sls.aphp.fr](mailto:saint-louis.reseau-sein@sls.aphp.fr)) sont également à votre disposition si nécessaire.

Une cotisation est obligatoire dans le cadre de la loi, pour laquelle le conseil d'administration a fixé un montant de 10 euros.

L'ensemble des praticiens adhérents du réseau s'engage à respecter les protocoles de traitement et de surveillance de l'hôpital Saint Louis et à se transmettre dans les meilleurs délais les éléments du dossier médical.

Si la participation à ce réseau vous intéresse, veuillez renvoyer le coupon ci-joint\*, accompagné de votre cotisation. Le secrétariat du réseau est à votre disposition pour toute information complémentaire (protocole de suivi, fiche de liaison).

✂ -----

### **Bulletin d'adhésion**

*Docteur : Martine DEBAIN*

*Profession : GYNECOLOGUE*

*Adresse : 4 Boulevard A. Briand 91600 SAVIGNY SUR ORGE*

*Téléphone :*

*Fax :*

*Adresse mail :*

\* A retourner à l'adresse indiquée ci-dessous :



### **Saint-Louis Réseau Sein**

Hôpital Saint-Louis / Centre des Maladies du Sein  
1 avenue Claude Vellefaux – 75475 PARIS cedex 10  
Secrétariat Saint-Louis réseau sein : Charlotte LENA  
Téléphone : 01.42.49.47.48

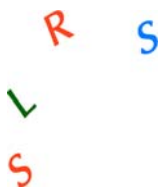


E.mail : [saint-louis.reseau-sein@sls.aphp.fr](mailto:saint-louis.reseau-sein@sls.aphp.fr) / [contact@saint-louis-reseau-sein.org](mailto:contact@saint-louis-reseau-sein.org)



## Annexe 3

Ci-joint un chèque bancaire de :  10 euros    autre montant : \_\_\_\_\_ euros  
Le : \_\_\_\_\_  
Signature : \_\_\_\_\_



### **Saint-Louis Réseau Sein**

Hôpital Saint-Louis / Centre des Maladies du Sein  
1 avenue Claude Vellefaux – 75475 PARIS cedex 10  
Secrétariat Saint-Louis réseau sein : Charlotte LENA  
Téléphone : 01.42.49.47.48



E.mail : [saint-louis.reseau-sein@sls.aphp.fr](mailto:saint-louis.reseau-sein@sls.aphp.fr) / [contact@saint-louis-reseau-sein.org](mailto:contact@saint-louis-reseau-sein.org)



## *Protocole de suivi*

- **1<sup>ère</sup> consultation avec le médecin de ville :**

1 mois après arrêt du traitement

- **puis en alternance avec l'hôpital :**

(hors radiothérapeute)

tous les 3 mois pendant 2 ans

tous les 6 mois de 2 à 5 ans

1 fois par an ensuite

- **prévoir :**

mammographie annuelle

radiographie des poumons annuelle

à chaque consultation : NFS, Calcémie, Bilan Hépatique [ASAT, ALAT, Gamma GT, Phosphatases Alcalines, Bilirubine]

ACE et CA 15-3

DMO sous aromatase tous les 2 ans

Autre si besoin (Echographie)



Annexe 5  
**FICHE DE LIAISON**  
Saint-Louis Réseau Sein

<p><b>Médecin référent au Centre des maladies du sein</b> Docteur :</p>	<p><b>Patiente</b></p> <p>Nom : Prénom : Date de naissance : NIP :</p>
<p><b>Médecin de ville</b> Docteur :</p>	
<p>Dates des prochaines consultations :</p> <p style="padding-left: 40px;">en ville :    /    /</p> <p style="padding-left: 40px;">au Centre des maladies du sein :    /    /</p>	

• **Histoire de la maladie**

Diagnostic : ..... Date du diagnostic :    /    /

Sein traité :                    droit                     gauche

Pathologie bénigne :    oui             non             Histologie : .....

Rythme de la surveillance : .....

T |\_\_|                    Grade : |\_\_|                    Histologie : .....

N |\_\_|                    Récepteurs : RE |\_\_|            RP |\_\_|

M |\_\_|                    CERB 2 : |\_\_|

N histologique |\_\_| / |\_\_|            Emboles :    |\_\_|

• **Traitement**

- |   |   |
|---|---|
| <p>✦ <b>Chirurgie</b></p> <p>Pas de chirurgie <input type="checkbox"/></p> <p>Biopsie <input type="checkbox"/></p> <p>Tumorectomie <input type="checkbox"/></p> <p>Mastectomie <input type="checkbox"/></p> <p>Mastectomie et RMI <input type="checkbox"/></p> <p>Reconstruction <input type="checkbox"/></p> | <p><b>Curage</b></p> <p>Pas de curage <input type="checkbox"/></p> <p>Curage axillaire <input type="checkbox"/></p> <p>Ganglion sentinelle <input type="checkbox"/></p> <p>Ganglion sentinelle et curage <input type="checkbox"/></p> |
|---|---|

Date : .....

Date : .....

✦ Chimiothérapie non

oui  types : .....

Date de début : .....

Date de fin : .....

✦ Hormonothérapie non

oui  types : .....

Date de début : .....

Date de fin : .....

✦ Radiothérapie non

oui  types : .....

Date de début : .....

Date de fin : .....

**Évènements antérieurs :**

✦ Rechute locale :

oui

non

Date :    /    /

✦ Cancer du sein controlatéral :

oui

non

Date :    /    /

Type histologique : ..... N histologie : |\_\_| / |\_\_|

Traitement : .....

Consultation Dr \_\_\_\_\_ du : \_\_/ \_\_/\_\_\_\_

✦ **Symptômes entre les consultations :**

Cycles réguliers  oui  non Aménorrhée

Douleur

✦ **Examen :**

Poids :    kg

TA :

Peau et cicatrice :

Sein opéré :

Sein controlatéral :

Bras :

Aires ganglionnaires :



Foie :

Auscultation pulmonaire :

Examen gynécologique :

Frottis :

✦ **Commentaires :**

Contraception (ou non) :

Événement récent

(si problème particulier, faire courrier supplémentaire)

✦ **Prescriptions :**

(continuer hormonothérapie)

(kiné)

**READRESSER AU CENTRE DES MALADIES DU SEIN POUR : .....**



## Charte du réseau

Les membres du réseau Saint-Louis réseau sein s'engagent à assurer une offre de soins coordonnée pour les patientes atteintes de pathologies mammaires domiciliées en majorité à Paris et dans les départements limitrophes, plus particulièrement dans le nord, nord-est de la région.

Ils s'engagent notamment à :

- Adopter des protocoles communs de suivi alterné et de prise en charge.
- Améliorer leurs performances dans la prise en charge du cancer du sein à toutes ses étapes : annonce rémission, éventuellement fin de vie.
- Organiser une prise en charge globale de la surveillance et d'un suivi de meilleure qualité, à proximité du domicile par la mutualisation des ressources médicales et paramédicales pluridisciplinaires.
- Améliorer la transmission des informations concernant la patiente.
- Utiliser un dossier médical informatisé partagé.
- Informer et obtenir le consentement éclairé des patientes prises en charge par le Réseau.
- Respecter toutes les procédures visant à assurer la sécurité des données échangées dans le réseau.
- Développer et suivre des formations dans le cadre de séminaires de formations continues et de soirées d'informations médicales et paramédicales.
- Une recherche permanente de qualité par la contribution de chaque membre du réseau à l'évaluation des activités entreprises.
- Ne pas utiliser sa participation directe ou indirecte au Réseau à des fins de promotion et de publicité.
- Adhérer aux objectifs du Réseau

Le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



**Saint-Louis Réseau Sein**

Hôpital Saint-Louis / Centre des Maladies du Sein  
1 avenue Claude Vellefaux – 75475 PARIS cedex 10  
Secrétariat Saint-Louis réseau sein : Charlotte LENA  
Téléphone : 01.42.49.47.48

E.mail : [saint-louis.reseau-sein@sls.aphp.fr](mailto:saint-louis.reseau-sein@sls.aphp.fr) / [contact@saint-louis-reseau-sein.org](mailto:contact@saint-louis-reseau-sein.org)





**Saint-Louis  
Réseau  
Sein**

**Annexe 6**

Signature :



**Saint-Louis Réseau Sein**

Hôpital Saint-Louis / Centre des Maladies du Sein  
1 avenue Claude Vellefaux – 75475 PARIS cedex 10  
Secrétariat Saint-Louis réseau sein : Charlotte LENA  
Téléphone : 01.42.49.47.48



E.mail : [saint-louis.reseau-sein@sls.aphp.fr](mailto:saint-louis.reseau-sein@sls.aphp.fr) / [contact@saint-louis-reseau-sein.org](mailto:contact@saint-louis-reseau-sein.org)