

PATIENT PARTENAIRE



Créons ensemble l'hôpital de demain !

Le Centre Hospitalier de l'Agglomération de Nevers **s'engage pour développer la place des patients** dans la démarche de soins elle-même, en proposant aux patients de **devenir « Patient Partenaire »**. Cet engagement est la réponse à la **volonté constante de l'établissement d'améliorer la qualité des soins** et de renforcer la place du patient au cœur du système de santé.

REJOIGNEZ-NOUS !

Vous avez acquis une expérience qui pourrait être utile à d'autres patients et à notre établissement.

Pour devenir « Patient Partenaire », vous devez cependant répondre à l'une des conditions suivantes :

- Vous êtes **en cours de soins ou vous avez reçu des soins** au sein du Centre Hospitalier de l'Agglomération de Nevers ;
- Vous avez **envie de partager vos idées** et/ou **votre retour d'expérience** ;
- Vous avez envie **de vous investir auprès de nos professionnels de santé** et des autres patients, et **participer aux projets** d'amélioration de l'établissement.



Vos informations personnelles :

État civil

- Nom d'usage :
- Nom de naissance :
- Prénom :
- Date de naissance :

Coordonnées

- Adresse :
- Code Postal :
- Ville :

Contact

- Téléphone :
- Email :

Faisons connaissance !

Comment avez-vous eu connaissance de cet appel à candidature ?

- ☐ Par une affiche présente au sein de l'établissement de santé
- ☐ Dans le cadre d'un échange avec le personnel ou un représentant des usagers
- ☐ Par le biais de notre site internet
- ☐ Par la presse
- ☐ Par nos réseaux sociaux
- ☐ Par une connaissance
- ☐ Autres, précisez :

Faisons connaissance !

Quelle est votre situation ?

☐ En activité professionnelle, **si oui, précisez**

☐ Retraité

☐ A la recherche d'un emploi

Si oui,,précisez.:- _ _ _ _ _
_ _ _ _ _
_ _ _ _ _

Faites vous partie d'une association ?

☐ Si oui, précisez

☐ Non

Si oui,,précisez.:- _ _ _ _ _
_ _ _ _ _
_ _ _ _ _

Quelles sont vos motivations ?

Expliquer en quelques mots vos motivations à devenir « Patient Partenaire »

_ _ _ _ _
_ _ _ _ _
_ _ _ _ _
_ _ _ _ _
_ _ _ _ _
_ _ _ _ _
_ _ _ _ _
_ _ _ _ _

Qu'attendez-vous de cette expérience ?

- ☐ Soutenir d'autres patients
 - ☐ Etre consulté sur des projets
 - ☐ Analyser avec les professionnels des situations à risque ou des pratiques professionnelles
 - ☐ Réaliser des retours d'expérience
 - ☐ Participer à l'amélioration d'une prise en charge spécifique
-

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations fournies.

Date :

Signature

Envoyez-nous votre candidature !

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de nous parler de vous et vous prions de retourner ce dossier :

Soit par **email** : chan.usagers@ght58.fr

Soit par à l'**adresse postale** suivante :
Service des Relations avec les Usagers
Centre Hospitalier de l'Agglomération de Nevers
1, Avenue Patrick GUILLOT, 58000 Nevers





1, Avenue Patrick Guilloit, 58000 Nevers



www.ch-nevers.fr

