

PAIMM

Programme d'Attention Intégrale
au Médecin Malade

CONTRAT THÉRAPEUTIQUE

À Barcelone, le ____ ____.

RÉUNIS:

D'une part, le Dr. _____, en qualité de secrétaire de l'Ordre de Médecins de _____.

De l'autre, le Dr. _____, en tant que médecin en exercice à _____, qui reçoit le traitement au PAIMM.

D'autre part, le Dr. _____, en tant que médecin thérapeute du PAIMM du Dr. _____.

D'autre part, le Dr. _____, en tant que médecin tuteur du Dr. _____ *(facultatif)*

Et, d'autre part le Dr./Mr. _____, en tant que représentant du centre/hôpital _____ où collabore/ prête ses services le Dr. _____ *(facultatif)*

MANIFESTENT:

I – Que le Dr. _____ souffre un trouble psychique/ de dépendance *(effacez l'option non désirée)* depuis _____.

II – Que pour cette raison, le Dr. _____ est entré au PAIMM le ____ pour être traité et contrôlé à travers le Programme.

Et, pour ces motifs, les parties accordent signer un Contrat Thérapeutique qui suivra les suivantes :

CLAUSES

Première.- Les parties présentes s'engagent à maintenir la plus stricte confidentialité en relation à tout ce qui sera discuté et accordé pendant la réunion.

Deuxième.- Le Dr. _____ considère que le Dr. _____ peut exercer la médecine pourvu qu'il/elle s'engage à (s'abstenir de consommer toxiques/alcool), poursuivre le traitement prescrit, se rendre aux visites de contrôle qui lui seront fixées selon l'évolution du procès et toujours selon le critère du thérapeute (et se soumette à des contrôles d'urine ____ fois par semaine ou bien à d'autres contrôles toxicologiques indiqués par son thérapeute)

Troisième.- Le Dr. _____ accepte d'agir en tant que tuteur du Dr. _____

PAIMM

Programme d'Attention Intégrale
au Médecin Malade

en s'engageant à se réunir périodiquement avec lui en s'engageant à estimer ensemble l'évolution du procès, du point de vue de sa pratique médicale.

Quatrième.- Le Dr. _____ autorise les Drs. _____ et _____ à informer

de façon périodique et ponctuelle si cela fut nécessaire, le Dr. _____ de l'évolution du procès thérapeutique, de l'accomplissement du traitement (et du résultat des contrôles analytiques), et aussi de tout élément qui puisse altérer le correcte développement de sa pratique professionnelle.

Cinquième.- La durée initiale de ce contrat sera de ____ mois, au terme desquels ses contenus seront révisés.

Sixième.- Le Dr. _____ manifeste que l'inaccomplissement flagrant de ce contrat thérapeutique de la part du Dr. _____ entraînerait la suspension temporaire et immédiate de l'exercice de la médecine dans le but de préserver la santé des patients du Dr. _____.

Et, pour prouver la conformité avec le texte ci-dessus, les assistants signent ce document à l'endroit et à la date indiqués au début du contrat.

Dr. _____

Dr. _____

Dr. _____

Dr. _____

Dr. _____