

**CONSENTEMENT DU PATIENT-
ACCORD PARENTAL
À UNE PRISE EN CHARGE EN HAD**

Date de création : 29/03/2017

Date de MAJ : 20/05/2020

Page 1 sur 2

À REMETTRE À L'INFIRMIÈRE LORS DE LA PRÉADMISSION**CONSENTEMENT DU PATIENT OU DE SON ENTOURAGE POUR MAJEURS PROTÉGÉS OU MINEURS**

En accord avec votre médecin traitant, vous, allez bénéficier d'une hospitalisation à domicile (HAD). Une équipe pluridisciplinaire coordonne les interventions de soins que votre état de santé nécessite. Les professionnels intervenant auprès de vous sont soit salariés de l'HAD 35, soit exercent par convention (avec votre infirmière libérale par exemple).

A ce titre, ils s'engagent à :

recueillir votre consentement pour tout acte ou traitement à réaliser,
faire preuve d'écoute et à vous informer de façon claire et loyale,
respecter votre vie privée et rester en réserve vis-à-vis des données dont ils ont connaissance.

Tout au long de votre séjour, des données médicales et administratives sont renseignées dans votre dossier et peuvent être partagées entre les professionnels, dans le cadre de leur périmètre d'intervention, uniquement.

Les conditions d'accès aux données respectent le Règlement Général Européen de Protection des Données (RGPD). Lors de votre entrée, vous acceptez les conditions de prise en charge par l'établissement HAD, y compris le partage des données.

L'organisation des soins se fait en fonction de votre état de santé, de votre traitement, en tenant compte des impératifs d'organisation de l'HAD 35. Ainsi, l'heure des soins et le personnel peuvent varier tout au long de votre séjour.

Le recours aux services à domicile ne dépend pas de l'HAD 35, mais est conjoint à votre projet de soins.

L'équipe psycho-sociale de l'HAD 35 peut intervenir auprès de vous, pour vous renseigner et vous accompagner tout au long de votre séjour.

L'HAD 35 est un établissement de santé, le séjour est pris en charge par l'Assurance Maladie et par votre Mutuelle. De ce fait, tous les soins en lien avec votre séjour sont facturés à l'HAD. Cependant, des consultations, ou actes de soins hors périmètre HAD (exemples : consultation d'ophtalmologie, pédicure...) seront facturées à l'assurance maladie.

Il vous est demandé :

de ne pas utiliser votre carte Vitale pour les soins en lien avec votre séjour : nous apposons une étiquette HAD 35 sur votre carte Vitale, le temps du séjour,
de solliciter l'HAD 35 pour tout besoin de dispositif médical, consultation médicale ou examen complémentaire pendant la durée de votre séjour,
de permettre à l'HAD 35 d'alimenter votre Dossier Médical Partagé (DMP) si celui-ci est ouvert.

A tout moment, le patient peut interrompre son séjour en HAD.

L'information du médecin traitant ou du médecin coordonnateur est importante pour le suivi de votre prise en charge.

Vous trouverez dans notre livret d'accueil toutes les informations complémentaires, nous vous invitons à en prendre connaissance.

Dans le cadre de notre démarche qualité, nous vous demandons de bien vouloir signaler à l'HAD 35, tout dysfonctionnement ou évènement indésirable.

**CONSENTEMENT DU PATIENT-
ACCORD PARENTAL
À UNE PRISE EN CHARGE EN HAD**

Date de création : 29/03/2017

Date de MAJ : 20/05/2020

Page 2 sur 2

CONSENTEMENT DU PATIENT

je soussigné(e): _____
(identité du patient si dans l'impossibilité de s'exprimer)

CONSENTEMENT DU TUTEUR

je soussigné(e) : _____
en qualité de Tuteur légal, certifie être représentant légal du patient désigné ci-dessus.

Numéro de séjour : _____

Étiquette patient

Accepte les conditions de prises en charge par l'HAD 35, telles qu'elles sont décrites au recto.

le : _____

Signature du patient ou du tuteur.

ACCORD PARENTAL DE PRISE EN CHARGE EN HAD

nous, soussigné, Madame : _____

Monsieur : _____

acceptons que notre enfant : _____

bénéficie d'une Hospitalisation à domicile, à compter du : _____

Le projet thérapeutique, ainsi que les actes de soins concernant notre enfant nous ont été expliqués, et nous acceptons les conditions de la surveillance médicale et paramédicale proposées par le docteur : _____ médecin coordonnateur à l'HAD 35, conformément au recueil de consentement.

le : _____

Signature de la mère

le : _____

Signature du père