



CONSENTEMENT PATIENT

Nom et prénom du patient :

Cochez cette case si le patient est dans l'incapacité de compléter et signer ce consentement (Dans ce cas rechercher consentement auprès d'un tiers).

Je soussigné(e) :

- Le patient
- L'entourage (Nom, prénom, lien de parenté)
- Le représentant légal du patient
- Le détenteur de l'autorité parentale pour les mineurs (nom, prénom, lien de parenté)
-

J'accepte l'hospitalisation à domicile prescrit par le Docteur.....
et les soins associés à ma prise en charge.

Je m'engage à :

- Mettre à disposition les produits d'hygiène et de confort nécessaires et du linge propre en quantité suffisante (serviettes, draps, gants etc....)
- Libérer une partie de mon logement pour permettre l'aménagement du lieu de soin (chambre, salon etc....) Et l'installation du matériel médical nécessaire,
- Respecter les conditions d'hygiène que l'on m'indique, nécessaire à la qualité du soin,
- Informer rapidement le personnel de l'HAD en cas de panne ou de détérioration du matériel mis à disposition,

J'accepte :

- Le principe d'une prise en charge limitée dans le temps
- La fréquence et la durée des soins, déterminées par l'infirmier(e) de coordination après évaluation
- Le changement de personnel et des horaires de passage en fonction de l'organisation du service
- Que mes soins soient réalisés en collaboration avec le(s) infirmier(s) libéral(es) si elle(s) répond(ant) au cahier des charges de l'HADVR.
- La mise en place d'un dossier de soins à domicile (papier et informatique). Celui-ci est confidentiel à l'usage exclusif des professionnels de santé. Il doit rester au domicile et ne pas être transporté lors de vos consultations/hospitalisations.
- De communiquer au secrétariat de l'HAD tout problème rencontré en lien avec mon hospitalisation
- D'informer le secrétariat de l'HAD 48 heures à l'avance, pour une absence prévue du domicile et un retour au domicile
- La présence de stagiaires ou étudiants

J'autorise la prise de photo à visée médicale

J'autorise les professionnels de l'HADVR à transmettre les informations nécessaires pour ma prise en charge à des professionnels de santé, psychologues ou travailleurs sociaux, en sachant que je peux m'y opposer à tout moment.

Je demande la création de mon DMP (Dossier Médical Partagé), afin de faciliter la coordination, la qualité et la continuité des soins entre les professionnels de santé qui me soignent constituant l'Equipe de soins.

J'autorise l'Equipe de soins à alimenter et consulter mon DMP. Pour garantir leur confidentialité, les données de mon DMP sont stockées chez un hébergeur national, agréé pour l'hébergement de données de santé à caractère personnel.

J'autorise, en cas d'appel au SAMU ou tout centre 15, le médecin régulateur à accéder à mon DMP, ainsi qu'à tout professionnel de santé si mon état comporte un risque immédiat.

J'atteste avoir pris connaissance du fonctionnement de l'HAD des Vignes et des Rivières (livret d'accueil).

Le :

Signature : *(du patient, de son entourage, ou du représentant légal)*