HAD Nord Basse-Terre
Hospitalisation à domicile

ADMISSION
ACCORDS ET ATTESTATION DE CONSENTEMENT

Ou étiquette patient

Nom d'usage :

Nom de naissance :
Prénom(s) :
Né(e) le :

☐Je participerai à l'élaboration de mon projet de thérapeutique. Ce dernier sera mis à ma disposition dans mon dossier de soins.

☐ Je suis informé(e) du fonctionnement de l'HAD.

☐Le médecin coordonnateur et/ou l'équipe soignante m'ont donné des informations précises concernant mon hospitalisation au sein de l'HAD Nord Basse-Terre.

☐J'ai eu la possibilité de poser des questions et l'équipe de l'HAD y ont répondu de façon complète et satisfaisante. J'ai compris les réponses qui m'ont été fournies.

☐ J'autorise tout traitement utile approprié et sécurisé des données me concernant (traçabilité, échanges analyse) quelque soit le format (informatique, numérique, photographie…) En cas d'opposition de ma part, je le communique par écrit à l'HAD.

☐**Je donne librement mon accord pour mon admission en HAD et mon consentement éclairé.**

☐**Je donne autorisation à l'HAD de faire appel à un prestataire pour déposer le matériel nécessaire à ma prise en charge à procéder à l'adaptation de l'espace de soins à mon domicile. Le matériel sera restitué à la fin du séjour**. Ainsi, je prends l'engagement de veiller à la sécurité de ce matériel.

Souhaitez-vous associer vos proches à la mise en œuvre de votre projet de thérapeutique ?

☐Oui ☐ Non

Si oui, merci d'identifier le ou les proches……..

Fait à , le

Signature :

◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆

☐ ***Le patient n'est pas en capacité de donner son accord/ son consentement***

Je soussigné(e) *(nom – prénom – lien de parenté)*
Donne mon accord pour l'admission en HAD de *(nom- prénom)*

Fait à, …….. le .....
Signature :