

**CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE A UNE PRISE EN CHARGE EN HAD ET DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE**

Vous allez bénéficier d'une hospitalisation à domicile (HAD).

Votre admission a été décidée selon des critères validés par le médecin coordonnateur de l'HAD, l'équipe pluridisciplinaire et avec l'accord de votre médecin traitant.

**Votre médecin traitant reste votre référent médical tout au long de votre séjour en HAD.**

L'HAD assure vos soins et coordonne votre prise en charge :

Elle définit un projet de soins personnalisé et assure les soins en coopération avec les professionnels de santé de proximité 24h/24 et 7j/7 ;

Elle organise la prise en charge médicamenteuse (médicaments hospitaliers et de ville) ;

Elle met à votre disposition le matériel et l'équipement nécessaires à vos besoins (dossier de soin, lit médicalisé, fauteuil, soulève-malade...);

Elle contacte vos intervenants (votre pharmacie, votre laboratoire, etc.) ;

Elle répond à toutes vos questions concernant le déroulement de votre séjour en HAD.

Durant votre séjour, vos données administratives et médicales sont renseignées dans votre dossier médical et de soins. Ces données sont partagées par l'ensemble des intervenants et sont limitées à ce qui est nécessaire à votre prise en charge. Ces informations sont traitées dans le strict respect du secret médical et conformément au Règlement Général européen de la Protection des Données (RGPD)

L'HAD est prise en charge par l'assurance maladie et votre complémentaire santé, selon votre couverture sociale.

L'HAD n'est possible qu'avec votre accord et avec l'implication et l'adhésion de votre entourage.

**Je soussigné (e) :**

<b>Patient :</b> <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur			
Nom de naissance :	Nom marital :	Prénom :	Né(e) le :
<b>OU</b> <input type="checkbox"/> <i>Personne de confiance (patient en incapacité de signer)</i> <b>OU</b> <input type="checkbox"/> <i>représentants légaux (patient mineur)</i> <b>OU</b> <input type="checkbox"/> <i>représentant légal (patient sous tutelle)</i>			
<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur			
Nom de naissance :	Nom marital :	Prénom :	Né(e) le :

**Déclare avoir été informé (e), consentir aux modalités de prise en charge et au projet de soins en HAD.**

**ACCEPTE**

- Les conditions de prise en charge à l'HAD Santé Relais Domicile
- L'accès à mon dossier médical par les intervenants qui me prennent en charge
- L'utilisation appropriée et sécurisée des données qui me concernent
- La prise de photographie à usage médical strict dans le respect de l'anonymat et de la confidentialité (Ex : suivi de plaie)

*Si je ne peux pas me déplacer et pour une meilleure organisation des soins :*

- La transmission (à mes frais) des clés du domicile où se déroulent ma prise en charge, des télécommandes, codes d'accès,

**M'ENGAGE**

- A ne pas utiliser ma carte vitale pour les soins directement liés à mon hospitalisation à domicile
- A demander à l'HAD pour tout besoin de dispositif médical (hors produits d'hygiène)
- A signaler les anomalies ou évènement indésirables liés à ma prise en charge
- A prendre connaissance du livret d'accueil remis à l'admission

Si vous souhaitez interdire ou restreindre la communication de vos données de santé, veuillez-vous adresser à notre Déléguée à la Protection des Données déclarée auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : coordonnées dans le livret d'accueil.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : / / \_\_\_\_\_

<p><b>Signature du patient (ou entourage)</b></p>	<p><b>Signature des représentants légaux</b> (Pour la prise en charge des mineurs)</p>	<p><b>Signature du représentant légal</b> (Pour la prise en charge d'un patient incapable majeur sous tutelle)</p>
---	--	--



**CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE A UNE PRISE EN CHARGE EN HAD ET DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE**

**DESIGNATION DE VOTRE PERSONNE DE CONFIANCE**

**Article L. 1111-6** du Code de Santé Publique, issu de la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins :

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment. Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues au présent article. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement.

Dans le cadre du suivi de son patient, le médecin traitant s'assure que celui-ci est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance et, le cas échéant, l'invite à procéder à une telle désignation.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer. »

**Les médecins coordonnateurs de Santé Relais Domicile se tiennent à votre disposition pour répondre à toutes vos questions sur la personne de confiance.**

Je soussigné(e),

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : .....

Demeurant : .....

.....

**Ne souhaite pas désigner une personne de confiance**

**Souhaite désigner pour la durée de la prise en charge en HAD par Santé Relais Domicile :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

Email : .....@.....

**comme personne de confiance.**

**Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :**     **Oui**                       **Non**

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées :     **Oui**                       **Non**

Date : ..... / ..... / .....

**Signature de la personne de confiance :**

**Signature du patient :**