



# Accord du patient ou de son représentant pour la prise en charge en HAD

Etiquette patient

Je soussigné(e), M./Mme ....., agissant en qualité de :

- Patient  Détenteur de l'autorité parentale : M./Mme .....
- Personne en charge de la mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne (tuteur, habilitation familiale, etc.) : M./Mme .....

## Accepte :

- L'hospitalisation à domicile proposée et la mise en place du projet thérapeutique.
- L'organisation des soins et l'implication de l'équipe pluridisciplinaire (salarié de l'HAD, stagiaire, ou professionnels libéraux conventionnés).
- La mise en place du matériel et des équipements nécessaires à la prise en charge (tout matériel ou produit loué ou acheté sans l'accord de l'HAD restera à la charge du patient).
- L'informatisation de mon dossier médical. Mon dossier, rendu anonyme, pourra être utilisé à des fins d'évaluations médicales, épidémiologiques et économiques. Ces données informatiques seront recueillies conformément aux règles définies par la Commission Nationale Informatique et des Libertés qui garantissent la confidentialité des informations, l'anonymat et le strict respect du secret médical.
- La consultation de mon dossier patient partagé régional (DPPR), via un système sécurisé, par les professionnels de santé médicaux et paramédicaux.
- La pratique du tiers payant par l'établissement d'HAD et, régler le montant du ticket modérateur au cas où celui-ci resterait à charge, les actes, examens ou produits pharmaceutiques non pris en charge par l'assurance maladie et l'HAD.

## M'engage :

- À fournir les documents nécessaires à l'ouverture de mon dossier.
- À rendre accessible le logement aux professionnels salariés ou missionnés par l'HAD.
- À informer le service HAD avant tout changement impliquant une modification dans l'organisation des soins : changement d'intervenants libéraux, changement de lieux de résidence temporaire ou définitif, hospitalisation en structure, changement de traitement.

## Déclare :

- Avoir reçu le livret d'accueil qui m'a été présenté par le personnel de l'HAD et en avoir compris les informations.
- Avoir été informé(e) du fonctionnement du service HAD (modalités générales de fonctionnement de la structure et modalités générales relatives à la prise en charge : ensemble des professionnels, pharmacie à usage intérieur (PUI), astreinte, matériel, prise en charge financière).
- Avoir été informé(e) de la possibilité de désigner une personne de confiance et de rédiger des directives anticipées.
- Avoir été informé(e) de l'existence de représentants des usagers et des modalités pour les contacter.
- Avoir été informé(e) des modalités pour exprimer ma satisfaction durant et après mon séjour (e-satis, questionnaires de satisfaction) ainsi que modalités pour soumettre une réclamation à la direction.
- Avoir été informé(e) des modalités pour déclarer tout évènement indésirable grave associé aux soins.
- Avoir participé, conjointement avec l'équipe HAD, à l'élaboration de mon projet de soins.
- Avoir été informé(e) qu'en cas de fin d'HAD, le matériel mis à disposition pourra être récupéré. Le cas échéant, il devra être restitué dans l'état dans lequel il m'a été confié.

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

**Signature du patient** (ou de son représentant, précisez le nom)