

Vous allez bénéficier d'une prise en charge par l'Hospitalisation à Domicile de Nantes et Région. Les informations relatives à ce séjour, vos droits et devoirs sont contenus dans le livret d'accueil de l'HAD. Cette prise en charge nécessite votre accord sur les points ci-dessous.

ACCORD POUR LA PRISE EN CHARGE

Je, soussigné(e) M Mme

ACCEPTTE les conditions de prise en charge par l'établissement d'Hospitalisation à Domicile de Nantes et Région qui me sont proposées (notamment partage d'informations entre professionnels pour assurer la prise en charge, présence de stagiaires.....)

ACCEPTTE la réalisation et la diffusion de **photographies** dans le cadre de la surveillance de plaies et de pansements.

Fait à

Le : ____ / ____ / ____

Signature

Ne peut signer

Dans le cadre de cette prise en charge,

Je choisis pour médecin référent (nom et prénom) :

Son Adresse :

.....

Son Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

PARTAGE D'INFORMATIONS

Cette prise en charge est assurée par une équipe pluri professionnelle, associant professionnels de santé et professionnels psycho-sociaux. L'ensemble des informations utiles sera enregistré dans un dossier à votre nom se composant d'un dossier « papier » et d'un dossier informatisé pour lequel les accès sont sécurisés (sécurité et confidentialité des données, respect de votre vie personnelle, enregistrement des données).

Dans le cadre de la permanence des soins, des données médicales concernant votre santé seront transmises au centre 15 de manière sécurisée.

J'autorise l'échange et le partage d'informations me concernant entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social.

J'autorise l'accès aux informations de santé à caractère personnel pour la durée de mon hospitalisation

Décret n°2016-1349 du 10 octobre 2016 relatif au consentement préalable au partage d'informations entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins

DOSSIER MEDICAL PARTAGE (DMP)

Le dossier médical partagé (DMP) est un dossier numérique destiné à favoriser la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins des usagers du système de santé. L'objectif principal est de permettre aux professionnels de santé de partager des documents, avec l'accord et sous le contrôle du patient.

- Je dispose déjà d'un DMP et autorise l'accès aux professionnels de santé participant à ma prise en charge
 Je n'y ai pas notifié d'opposition d'accès et de consultation, en situation d'urgence
- Je ne dispose pas d'un DMP

La création d'un DMP peut être réalisée par vos soins à partir du site : www.dmp.gouv.fr.
N'hésitez pas à contacter les professionnels de l'HAD pour toute information complémentaire pour vous aider dans cette démarche.

Décret n°2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé

CAS DE FORCE MAJEURE

- Je suis actuellement dans l'impossibilité de signer ce document et autorise :
désigné(e) comme personne de confiance, à donner tout accord en mon nom.

AUTORISATION DE SOINS ET D'HOSPITALISATION EN HAD POUR MINEUR

Je soussigné

Père (nom, prénom) :

Mère (nom, prénom) :

A été informé que l'état de santé de notre enfant nécessite des soins en hospitalisation à domicile et donne consentement à la réalisation de ces soins à pratiquer par les professionnels mandatés par l'HAD.

Pour notre enfant

Nom :

Prénom :

Né le :

Fait à :

Le __/__/----

Signature du père

Signature de la mère

Autre représentant légal –nom, prénom) :

Signature