

Une **HAD (hospitalisation à domicile)** vous est proposée pour répondre à votre besoin de soins médicaux et paramédicaux importants. Ces soins sont réalisés à domicile, pour une période limitée mais renouvelable selon l'évolution de votre état de santé.

Étiquette du patient

L'identité de mon Médecin traitant : Mme M.

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

TÉL. :

Entourage signataire :

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

Comment fonctionne une HAD ?

L'HAD démarre exclusivement sur prescription médicale et avec l'accord de votre médecin traitant, qui assure la prise en charge médicale tout au long du séjour. Dès votre pré-admission et jusqu'à la sortie, une équipe pluridisciplinaire médicale, paramédicale, psycho-sociale et administrative, assure la coordination de vos soins en continu (24h/24 et 7j/7), en collaboration avec le Médecin traitant et en concertation avec les professionnels et les établissements de santé. Écoute et soutien sont également apportés à votre entourage.

Combien coûte une HAD ?

⇒ **N'utilisez pas votre Carte vitale pour les soins directement liés à votre séjour en HAD.**
L'HAD est prise en charge par l'Assurance maladie et les mutuelles dans les mêmes conditions qu'une hospitalisation classique, sauf cas particuliers pour lesquels le ticket modérateur (20 % des frais d'hospitalisation) peut vous être facturé (et être remboursé en partie ou en totalité si vous avez une mutuelle ou une complémentaire santé)

JE CONSENS AUX DISPOSITIONS SUIVANTES, pendant mon séjour en HAD :

- J'autorise tout traitement utile, approprié et sécurisé des données me concernant (traçabilité, échange, analyse...), quel que soit le format (papier, informatique, numérique, photographie...). En cas d'opposition de ma part, je le communique par écrit à l'HAD.
- J'accepte l'organisation des soins (infirmiers, de kinésithérapie, d'hygiène...), les dispositifs médicaux et éventuelles demandes d'adaptation de l'espace de soins à mon domicile, nécessaires pour la qualité et la sécurité de ma prise en charge coordonnée.
- Je signale à l'HAD toute anomalie ou tout dysfonctionnement, notamment pour le matériel, les médicaments, les traitements, les soins, ...
- Je n'agis pas moi-même sur un matériel ou dispositif médical qui aurait un problème (pour ceux mis en place par l'HAD ou ses prestataires).

Je consens, de manière libre et éclairée, à ma prise en charge par l'établissement HAD de l'Aven à Étel.

Fait à :

Le :

Signature du patient (ou entourage) :

Cas échéant, signature de son représentant :

JE SOUHAITE INTERDIRE OU RESTREINDRE LA COMMUNICATION DE MES DONNÉES DE SANTÉ.

Si tel est le cas, je précise :

Les données non communicables :

Les personnes auxquelles les données ne devront pas être communiquées :