

**Formulaire**  
**ACCORD DU PATIENT**  
 Consentement libre et éclairé à une prise en charge en HAD

En accord avec votre médecin traitant, vous allez bénéficier d'une **hospitalisation à domicile (HAD)**.

Dès votre pré-admission et jusqu'à la sortie, l'équipe pluridisciplinaire de l'HAD assure la coordination de vos soins en continu (24h/24 et 7j/7). Ces soins sont réalisés à domicile par les professionnels de votre choix, pour une période limitée en fonction de l'évolution de votre état de santé.

L'HAD est prise en charge par l'Assurance maladie et les mutuelles.

Tout au long de votre prise en charge, vos données administratives et médicales sont intégrées dans votre dossier. Ces données sont partagées par tous les professionnels de soins et limitées à ce qui est nécessaire à votre prise en charge. Les informations sont traitées dans les conditions fixées par Règlement Général européen de Protection des Données (RGPD). L'HAD alimentera votre DMP (s'il existe) avec votre courrier de sortie.

Étiquette du patient

Représentant du patient signataire :  
*Si patient en incapacité de signer*

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

Lien avec le patient : .....

**J'ACCEPTÉ :**

- Les conditions de prise en charge par l'établissement d'HAD,
- La prise de photographies à usage strictement médical,
- L'accès à mon dossier médical par les professionnels de santé impliqués dans ma prise en charge,
- Toute utilisation appropriée et sécurisée des données me concernant (usage interne ou tutelles),
- La consultation de mon DMP (s'il existe) par l'établissement d'HAD.



**JE M'ENGAGE :**

- A ne pas utiliser ma Carte Vitale pour les soins directement liés à mon séjour en HAD,
- A solliciter l'HAD pour tout besoin de dispositif médical (matériel, consommables hors produit d'hygiène),
- A signaler à l'HAD toute anomalie, dysfonctionnement ou évènement indésirable lié à ma prise en charge,
- A prendre connaissance des éléments de mon passeport HAD et du livret "Les clés d'un parcours réussi en HAD".

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 : .....