

Livret d'Entrée Patient Hospitalisation à Domicile (HAD)

**DOCUMENT A RAPPORTER IMPÉRATIVEMENT COMPLÉTÉ ET
SIGNÉ AU RESPONSABLE DE SOINS.
DANS LE CAS CONTRAIRE, VOTRE PRISE EN CHARGE
NE POURRA PAS AVOIR LIEU**

Nom de naissance :
Nom d'usage :
Prénom :
Date de naissance :
Age :

Étiquette patient

Identification du patient

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance :

Motif de prise en charge en HAD :

Date d'entrée :

Profession :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Adresse mail :

Pharmacie habituelle :

Médecin traitant :

Médecins spécialistes (cardiologue, pneumologue...) :

Laboratoire d'analyse médicale choisi (optionnel) :

Nom : Tél. :

Je déclare avoir été suivi avant ma prise en charge en HAD par le personnel paramédical suivant auquel il pourra être fait appel en cas de besoin :

Infirmier : Nom : Tél. :

Kinésithérapeute : Nom : Tél. :

Orthophoniste : Nom : Tél. :

Représentant du patient ou d'un majeur sous tutelle

A compléter si le patient est dans l'impossibilité de renseigner ce livret, et/ou de recevoir l'information :

Identification du représentant / tuteur⁽¹⁾ du patient :

Nom :

Prénom :

Lien avec le patient :

Tél. :

**Signature du représentant
ou tuteur du patient**

Titulaires de l'autorité parentale pour un patient mineur

Articles 371-1, 372,
372-2 du Code Civil /
Articles L.1111-5,
R.1111-2, R.1112-35
du Code de la Santé
Publique

A compléter si le patient est mineur, identification des titulaires de l'autorité parentale :

Père de l'enfant⁽²⁾

Mère de l'enfant⁽²⁾

Tuteur⁽¹⁾

Nom :

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Prénom :

Date de naissance :

Date de naissance :

Date de naissance :

Tél. :

Tél. :

Tél. :

Adresse :

Adresse :

Adresse :

Signature

Signature

Signature

⁽¹⁾ : une copie de la pièce d'identité du tuteur ainsi que la copie de la décision de placement sous tutelle sera conservée dans le dossier patient.

⁽²⁾ La signature des deux parents est obligatoire lorsque l'autorité parentale est conjointe (enfant né de parents mariés ou né de parents non mariés mais reconnu par les deux parents dans sa première année).

**Transmissions
des informations
de santé**

J'accepte que les informations concernant mon état de santé soient communiquées à mon Médecin traitant et/ou au Médecin de mon choix désigné ci-après :

Nom et prénom du Médecin traitant :

Nom et prénom du Médecin de mon choix :

.....

.....

Adresse :

Adresse :

.....

.....

Tél. :

Tél. :

J'autorise **Je n'autorise pas** l'établissement à contacter, en cas de nécessité médicale, mes proches ou plus précisément la ou les personne(s) ci-après désignée(s) et que les informations concernant mon état de santé leur soient communiquées :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Lien avec le patient :

Lien avec le patient :

Tél. :

Tél. :

J'autorise **Je n'autorise pas** dans le cadre de la loi du 4 mars 2002, que certaines informations de santé me concernant soient communiquées à mes ayants droit en cas de décès.

Réservé au patient mineur :

En qualité de **patient hospitalisé mineur**, et dans le cadre de la loi du 4 mars 2002, **je n'autorise pas** que les informations de santé me concernant soient communiquées aux titulaires de l'autorité parentale.

**Nom de naissance, prénom et signature
du patient hospitalisé mineur**

**Personnes à
prévenir**

J'autorise l'établissement à prévenir, en cas de nécessité, la ou les personne(s) ci-après désignée(s) :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Lien avec le patient :

Lien avec le patient :

Tél. :

Tél. :

**Désignation
de la personne
de confiance**

Je souhaite désigner une personne de confiance :

Nom, prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse : Tél. :

Cette personne, légalement capable, est : un proche un parent mon Médecin traitant

Je souhaite que cette personne m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions : oui non

Réservé à la personne de confiance :

Je, soussigné(e), certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance.

Fait à le

Je souhaite ne pas désigner une personne de confiance : je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation, et dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

**Directives
anticipées**

Avez-vous rédigé des directives anticipées ? OUI NON

Je soussigné(e), autorise :

- Les soins et traitements adéquats
- Les soins et traitements du Médecin d'astreinte en cas de nécessité

Je soussigné(e), reconnais :

- avoir reçu le Livret d'Accueil Patient de l'établissement
- qu'il m'a été donné une information claire et appropriée sur :
 - les différents actes médicaux, diagnostiques et/ou thérapeutiques
 - les précautions préalables et les risques éventuels y compris les risques exceptionnels
- avoir pu poser librement toutes les questions concernant les actes médicaux, diagnostiques et ou thérapeutiques.
- avoir été suffisamment informé(e) par le Médecin qui m'a adressé à Soins Assistance, le Dr sur mon état de santé et la réflexion bénéfice-risque qui en découle.
- avoir compris :
 - que mon état de santé nécessite une prise en charge en Hospitalisation à Domicile (HAD)
 - qu'au cours des soins relatifs à cette prise en charge, vous pouvez vous trouver face à une maladie ou un événement imprévu imposant des actes et/ou des examens complémentaires ou différents de ceux prévus initialement et je vous autorise ainsi à effectuer tout acte et/ou examen que vous estimerez nécessaires dans ce contexte, y compris une transfusion si celle-ci s'avère indispensable

Je, soussigné(e),

- déclare ne pas ignorer que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle peut entraîner la nullité du contrat Médecin – Patient qui nous lie lors de cette prise en charge
- certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations portées sur le questionnaire médical, ceci avec l'aide éventuelle de mon médecin traitant si nécessaire
- certifie ne pas avoir dissimulé d'éléments nécessaires aux médecins pour apprécier les risques afin que ma prise en charge puisse être exécutée en toute sécurité

En conséquence, sur la base des informations et conseils reçus, j'accepte les traitements proposés en Hospitalisation à Domicile (HAD).

J'ai bien noté qu'à tout moment, je peux revenir sur ce consentement général.

Fait à, le

Nom de naissance et signature du patient ou de son représentant (précédée de la mention « lu et approuvé »)	CAS PARTICULIER PATIENT MINEUR OU MAJEUR SOUS TUTELLE	
	Nom et signature : père et mère⁽¹⁾ ou tuteur de l'enfant ou du majeur sous tutelle (précédée de la mention « lu et approuvé »)	Nom et signature du majeur sous tutelle

Patient majeur sous tutelle dans l'impossibilité de signer

⁽¹⁾ La signature des deux parents est obligatoire lorsque l'autorité parentale est conjointe (enfant né de parents mariés ou né de parents non mariés mais reconnu par les deux parents dans sa première année)

STATUT TRANSFUSIONNEL

Avez-vous été transfusé(e) ? oui non , si oui, à quelle(s) date(s) ?

Un bilan sérologique viral pourra être effectué durant votre hospitalisation en cas d'accident d'exposition au sang du personnel, sauf avis contraire de votre part : VIH (*Virus de l'Immunodéficience Humaine ou virus du SIDA*), Hépatite B, Hépatite C. Autorisez-vous ce contrôle ? oui non , si non, motif :

PORTEZ-VOUS DES PROTHÈSES ? OUI NON

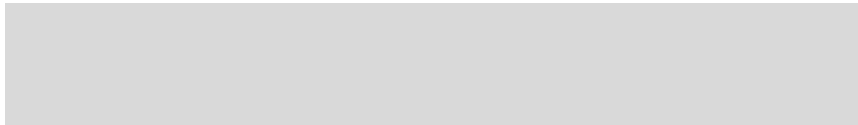
Lentilles oui non
Prothèse dentaire oui non
Prothèse auditive oui non
Autres oui non , si oui, lesquelles ?

Auriez-vous quelque chose à signaler qui ne soit pas précisé dans ce questionnaire ?

.....
.....
.....
.....

**Je, soussigné(e),
atteste de l'exactitude et de
l'exhaustivité des informations
mentionnées dans la rubrique
« Questionnaire-Patient »
pages 4 à 6**

**Nom de naissance et signature du patient
ou de son représentant**



Je, soussigné(e), atteste :

- de l'exactitude des informations mentionnées et signées dans ce « Livret d'Entrée Patient », que je remettrai impérativement au Responsable de Soins le jour de ma prise en charge et qui sera archivé dans mon dossier médical
- avoir pris connaissance des informations suivantes contenues dans le « Livret d'Information Patient » qui m'a été remis, et que je dois conserver :

Informations complémentaires pour vous aider à renseigner le « Livret d'Entrée Patient » :

- Identification du patient
- Protection juridique des majeurs protégés
- Titulaires de l'autorité parentale pour un patient mineur
- Désignation Personne de confiance / Personne à prévenir
- Directives anticipées
- Consentement éclairé – HOSPITALISATION A DOMICILE
- Questionnaire patient
- Traitement médicamenteux

Informations complémentaires en vue de votre HAD :

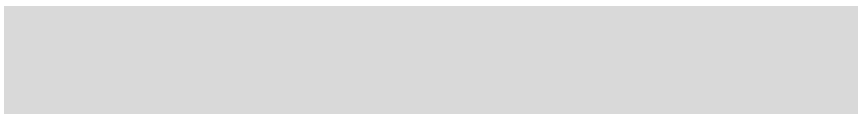
- Dossier médical partagé (DMP)
- Accès à votre dossier médical
- Programme de Médicalisation du Système d'Information
- Informations concernant la lutte contre la douleur
- Cas particulier de l'allergie au Latex
- Information sur la prévention des chutes
- Recherche biomédicale
- Don d'organes et de tissus
- Principe de laïcité

Engagement du patient Hospitalisé À Domicile

Fait à

Le

**Nom de naissance et signature du patient ou de son représentant
(précédée de la mention « lu et approuvé »)**



Nous vous remercions du temps consacré à la prise de connaissance des nombreuses informations de ce livret, indispensable à la qualité et la sécurité de votre prise en charge dans notre établissement, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).