



SOINS ASSISTANCE
ÉTABLISSEMENTS SAINTE MARGUERITE

**Livret d'Entrée Patient
Hospitalisation à Domicile (HAD)**

**DOCUMENT A REMETTRE IMPÉRATIVEMENT COMPLÉTÉ ET
SIGNÉ À L'INFIRMIERE DE COORDINATION (IDEC)
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**

☐ **INAPTE**

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. :

J'autorise ☐ Je n'autorise pas ☐ l'établissement à :

- numériser ma pièce d'identité pour l'insérer dans mon dossier patient informatisé (identitovigilance)
- réaliser des photos de mes pansements (si besoin) sous format numérique, insérer ces images dans mon dossier patient informatisé et à stocker ces images sur le serveur de l'établissement.

**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 du professionnel

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).

Soins réalisés par des étudiants	J'autorise ☐ Je n'autorise pas ☐ un étudiant (infirmier(e) ou aide-soignant(e)) encadré par des professionnels de chaque discipline, à réaliser des soins au cours de mon hospitalisation.	Signature du patient

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.

Pour information, si vous en possédez un, l'établissement peut déposer dans votre **Dossier Médical Partagé (DMP)**, visible sur le site internet « Mon Espace Santé », les documents relatifs à votre hospitalisation (comptes rendus d'hospitalisation ou opératoire, ordonnance de sortie...).

Vous pouvez exercer votre droit d'opposition directement sur ce site ou bien par téléphone au 3422, ou faire valoir votre droit de refus d'alimentation du DMP pour motif légitime au cours de votre séjour auprès du personnel de notre établissement.

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

Signature

☐ 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 <u>et</u> 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)

TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

☐ Traitements en cours ☐ Aucun traitement en cours

Si vous avez un traitement en cours, complétez le tableau ci-dessous, et n'oubliez pas de remettre **vos ordonnances de traitements de ville.**

Noms de vos médicaments et dosage	Forme (comprimés, injectables...)	Matin	Midi	Soir	Coucher	Autres*

* cas particulier : autre modalité de prise de médicament (en cas de crise, 1 jour par semaine...)

Prenez-vous d'autres médicaments ou compléments alimentaires ? oui ☐ non ☐ , si oui, précisez :

.....

.....

.....

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

**Important : ce questionnaire est indispensable pour votre prise en charge.
Remplissez-le avec soin, avec l'aide de votre médecin traitant si vous le souhaitez.**

Poids : Taille : Variation de poids récente : ☐ non ☐ oui

Si oui : Prise de poids : kg depuis : / Perte de poids : kg depuis :

AVEZ-VOUS DÉJÀ PRÉSENTÉ DES ALLERGIES ? OUI ☐ NON ☐ , si oui précisez :

☐ Produits iodés ☐ Alimentaires (précisez) : ☐ Latex ☐ Médicaments (précisez) : ☐ Antibiotiques (précisez) :	Types de réactions : ☐ Eczéma ☐ Rhume des foins ☐ Urticaire ☐ Œdème de Quincke ☐ Intolérances (précisez) : ☐ Autre (précisez) :
---	---

MALADIES IMPORTANTES DANS VOTRE FAMILLE : OUI ☐ NON ☐ , si oui précisez :

☐ Hémophilie, maladie de Willebrand ☐ Myopathie / Myotonie ☐ Myasthénie	☐ Œdème Angio-Neurotique ☐ Complication d'anesthésie	☐ Autre (précisez) :
--	---	---

AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ OPÉRÉ(E), ANESTHÉSIÉ(E), HOSPITALISÉ(E) ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, précisez pourquoi et quand :

CARDIAQUES			NEUROLOGIQUES		
Hypertension artérielle	oui ☐	non ☐	Migraines	oui ☐	non ☐
Infarctus, angine de poitrine	oui ☐	non ☐	Épilepsie	oui ☐	non ☐
Si oui, êtes-vous porteur de stent ?	oui ☐	non ☐	Accident ischémique transitoire (AIT)	oui ☐	non ☐
Varices, phlébite, embolie pulmonaire	oui ☐	non ☐	Si oui, séquelles ?	oui ☐	non ☐
Artérite	oui ☐	non ☐	Si séquelles, précisez :		
Troubles du rythme :	oui ☐	non ☐			
Si oui : ☐ Tachycardie ☐ FA ☐ Autres (précisez) :			Accident vasculaire cérébral (AVC)	oui ☐	non ☐
			Si oui, séquelles ?	oui ☐	non ☐
			Si séquelles, précisez :		
					
RESPIRATOIRES			Syndrome de dépression	oui ☐	non ☐
Asthme	oui ☐	non ☐			
Bronchite chronique	oui ☐	non ☐	ENDOCRINIENS		
Insuffisance respiratoire	oui ☐	non ☐	Diabète	oui ☐	non ☐
Apnées du sommeil	oui ☐	non ☐	Si oui, traité par : ☐ Régime ☐ Comprimés ☐ Insuline		
Si oui, êtes-vous appareillé(e) ?	oui ☐	non ☐	Problème de thyroïde	oui ☐	non ☐
			Cholestérol	oui ☐	non ☐
DIGESTIFS			Triglycérides	oui ☐	non ☐
Brûlures d'estomac	oui ☐	non ☐	Autres, précisez :		
Ulcère gastrique	oui ☐	non ☐			
Hernie hiatale	oui ☐	non ☐	TOXICOLOGIQUES		
Troubles du transit	oui ☐	non ☐	Tabac	oui ☐	non ☐
Si oui : ☐ Constipation ☐ Diarrhée			Si oui, combien :		
Autres, précisez :			Depuis quand ?		
.....			Avez-vous arrêté ?	oui ☐	non ☐
			Si oui, depuis quand ?		
URINAIRES, RÉNAUX			Cigarette électronique	oui ☐	non ☐
Coliques néphrétiques	oui ☐	non ☐	Alcool, vin...	oui ☐	non ☐
Insuffisance rénale	oui ☐	non ☐	Si oui, précisez :		
Dialyse	oui ☐	non ☐	Depuis quand ?		
Problème de prostate	oui ☐	non ☐	Avez-vous arrêté ?	oui ☐	non ☐
			Si oui, depuis quand ?		
GYNÉCOLOGIQUES			Cannabis	oui ☐	non ☐
Nombre de grossesses :			Si oui, précisez :		
Nombre d'accouchements :			Autres stupéfiants	oui ☐	non ☐
Avez-vous eu une péridurale pour votre			Si oui, précisez :		
ou vos accouchement(s) ?	oui ☐	non ☐			
Date des dernières règles :			AUTRES MALADIES	oui ☐	non ☐
Êtes-vous enceinte ?	oui ☐	non ☐	Si oui, précisez :		
DIVERS					
Maladie de Willebrand	oui ☐	non ☐			
Hémophilie	oui ☐	non ☐			
Glaucome	oui ☐	non ☐			
Hépatite B	oui ☐	non ☐			
Hépatite C	oui ☐	non ☐			
HIV	oui ☐	non ☐			

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 à l'Infirmière de Coordination (IDEC) 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
- Signalement des événements sanitaires indésirables

Informations complémentaires en vue de votre HAD :

- Alimenter et consulter le Dossier médical partagé (DMP)
- Messageries sécurisées
- 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).