



## Accord du patient ou de son représentant pour la prise en charge en HAD

Étiquette patient

Je soussigné(e), M./Mme ....., agissant en qualité de :

- ☐ Patient ..... ☐ Détenteur de l'autorité parentale : M./Mme .....  
☐ Personne en charge de la mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne  
(tuteur, habilitation familiale, etc.) : M./Mme .....  
☐ Accord du patient n'ayant pu être recueilli en raison de l'état de santé, mais avis favorable donné par la personne de confiance du patient (officiellement désignée): M./Mme .....

### Accepte :

- L'hospitalisation à domicile proposée et la mise en place du projet thérapeutique.
- L'organisation des soins et l'implication de l'équipe pluridisciplinaire (personnel de l'HAD, stagiaires ou professionnels libéraux conventionnés).
- La mise en place du matériel et des équipements nécessaires à la prise en charge (tout matériel ou produit loué ou acheté sans l'accord de l'HAD restera à la charge du patient).
- L'informatisation de mon dossier médical. Mon dossier, rendu anonyme, pourra être utilisé à des fins d'évaluations médicales, épidémiologiques et économiques. Ces données seront recueillies conformément aux règles qui garantissent la confidentialité des informations, l'anonymat et le strict respect du secret professionnel.
- La mise en place si besoin d'un dispositif de télésuivi, le traitement des données liées et leur télétransmission sécurisée. Les objectifs sont de recueillir et traiter les données de suivi enregistrées mais également d'identifier rapidement les difficultés que je pourrais rencontrer.
- Les actes de télésanté (téléconsultation et télésoin) lors de mon séjour et le partage de mes données de santé personnelles au sein de l'équipe de soins participant à ma prise en charge en télémedecine.
- La consultation de mon dossier médical partagé (Mon Espace Santé).
- La pratique du tiers payant par l'établissement d'HAD et, régler le montant du ticket modérateur au cas où celui-ci resterait à charge, les actes, examens ou produits pharmaceutiques non pris en charge par l'assurance maladie et l'HAD.

### M'engage :

- À fournir les documents nécessaires à l'ouverture de mon dossier.
- À rendre accessible le logement aux professionnels salariés ou missionnés par l'HAD.
- À informer le service HAD avant tout changement impliquant une modification dans l'organisation des soins : changement d'intervenants libéraux, changement de lieux de résidence temporaire ou définitif, hospitalisation en structure, changement de traitement.
- À faire preuve de respect envers l'ensemble des membres de l'équipe HAD. Il est rappelé qu'en application de l'article 222-13 du Code pénal, toute forme de violence, menace ou agression à l'encontre d'un professionnel de santé dans l'exercice de ses fonctions constitue une infraction passible de sanctions pénales.

Aussi si votre logement est équipé de caméras de vidéosurveillance, vous devrez respecter le règlement général sur la protection des données, l'article 9 du code civil sur la protection de la vie privée, ainsi que l'article 226-1 du code pénal sur l'enregistrement de l'image d'une personne à son insu dans un lieu privé. Il vous faudra donc veiller à informer tout professionnel de santé intervenant à votre domicile, de la présence d'une vidéosurveillance.



## Accord du patient ou de son représentant pour la prise en charge en HAD

### Déclare :

- Avoir reçu le livret d'accueil qui m'a été présenté et en avoir compris les informations.
- Avoir été informé(e) du fonctionnement du service HAD (modalités générales de fonctionnement de la structure et relatives à la prise en charge : ensemble des professionnels, pharmacie à usage intérieur, astreinte, matériel, prise en charge financière).
- Avoir été informé(e) de la possibilité de désigner une personne de confiance et de rédiger des directives anticipées.
- Avoir été informé(e) de l'existence de représentants des usagers et des modalités pour les contacter.
- Avoir été informé(e) des modalités pour exprimer ma satisfaction durant et après mon séjour ainsi que pour soumettre une réclamation à la direction.
- Avoir été informé(e) des modalités pour déclarer tout évènement indésirable grave associé aux soins.
- Avoir participé, conjointement avec l'équipe HAD, à l'élaboration de mon projet de soins.
- Avoir été informé(e) qu'en cas de fin d'HAD, le matériel mis à disposition pourra être récupéré. Le cas échéant, il devra être restitué dans l'état dans lequel il m'a été confié.

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

Signature du patient (ou de son représentant, précisez le nom)

.