

## >> CONSENTEMENT DU PATIENT

**Je soussigné(e) M. Mme**

**né(e) le**

Certifie donner mon autorisation pour être hospitalisé(e) à mon domicile, recevoir les soins nécessaire à mon état de santé et être suivi par l'équipe d'hospitalisation à domicile et de ce fait autorise l'accès à mon domicile aux professionnels de l'HAD.

**Je m'engage à :**

- >> ne pas louer de matériel médical en dehors de celui de l'HAD,
- >> ne pas avoir recours à d'autres médecins ou paramédicaux sans accord préalable de l'HAD.

Je suis informé(e) que les données médicales me concernant, seront contenues dans un dossier médical informatisé et/ou papier et sécurisé. Ce dossier médical sera accessible à l'ensemble des professionnels qui assurent ma prise en charge (dans la mesure des accès qui lui sont autorisés par le service HAD), afin que la communication entre ces professionnels permette une prise en charge coordonnée de qualité.

Je suis informé(e) que je peux accéder aux informations contenues dans mon dossier médical géré par le service HAD, en m'adressant au médecin me prenant en charge.

### >> COORDONNEES DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Nom/ Prénom :

Fait à :

Adresse :

Le :

 :

 :

Lien avec la personne soignée :

Signature :

- Le service HAD s'engage à respecter la vie privée de tout patient et à assurer le partage sécurisé des informations médicales, sociales et personnelles le concernant, dans le cadre du secret partagé.

- Conformément à la loi « informatique et liberté », le patient a un droit d'accès et de rectification des informations le concernant auprès des responsables du service HAD.