

	<p><b>FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PATIENT</b></p> <p><b>POUR UNE HOSPITALISATION A DOMICILE</b></p> <p><b>DANS LE SERVICE DE L'HADALU</b></p>
---	---

Je soussigné(e) Mme Mlle M .....

- ▣ Le patient: NOM – Prénom – date de naissance :.....
- ▣ La famille (préciser lien de parenté).....
- ▣ Le représentant légal du patient(e).....
- ▣ Le détenteur(trice) de l'autorité parentale de l'enfant.....  
né(e) le .....

reconnais avoir pris connaissance des différents documents et du règlement intérieur qui m'ont été remis et en accepte les conditions.

- ▣ J'autorise l'HADALU à inscrire mon nom dans le dossier informatisé du patient du CHL
- ▣ J'accepte l'hospitalisation à domicile et les soins infirmiers prescrits par le médecin traitant.
- ▣ J'accepte le passage de stagiaire Infirmier (e) ou aide-soignant(e) accompagnant temporairement le personnel soignant de l' HADALU.
- ▣ J'accepte le prélèvement sanguin pour analyse en cas d'exposition au risque viral.
- ▣ J'accepte la photographie de mes plaies par le personnel soignant de l' HADALU dans le cadre d'un suivi de l'impact des soins qui me sont délivrés
- ▣ J'accepte la présence visible des véhicules de l'HADALU aux alentours immédiats de mon domicile
- ▣ Je m'engage à ne pas aller chercher à **ma pharmacie habituelle** les traitements prescrits par mon médecin traitant ou après consultation lors de ma prise en charge en HAD
- ▣ Je m'engage à **ne pas commander de transport** pour mes examens ou hospitalisations le temps de ma prise en charge en HAD
- ▣ Je m'engage à éloigner mes animaux domestiques pendant les soins
- ▣ Je m'engage à ne pas fumer pendant la présence du personnel soignant

Le médecin traitant que j'ai choisi est le Docteur .....

La personne de confiance que j'ai désignée est M.....

**Écrire la mention "Lu et approuvé", dater et signer le document.**

Mention	Date	Signature du patient ou Signature de la famille