

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

Je soussigné(e) Mme Mlle M

- Le patient
- 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
---------	------	---