

DOCUMENTS NECESSITANT VOTRE ACCORD

**DOCUMENT OBLIGATOIRE À COMPLETER ET À TRANSMETTRE À L'ÉTABLISSEMENT DÈS L'ADMISSION
PRISE EN CHARGE EN HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD) PAR LA CLINIQUE DE LA TOUR**

PATIENT (enfant)

Je soussigné(e),

Nom : _____	
Prénom : _____	
Date de naissance : ____ / ____ / ____	Lieu de naissance : _____
Adresse : _____	

ACCORD PARENTALE DE PRISE EN CHARGE

Situation parentale

☐	Marié (e)
☐	Célibataire
☐	Divorcé (e)
☐	Séparé (e)
☐	Veuf (ve)
☐	Le patient est sous une mesure de protection juridique (préciser laquelle au verso) _____

Je soussigné Madame _____
Monsieur _____

Accepte que mon/ notre Enfant : _____

Bénéficie d'une hospitalisation à domicile à compter du : ____ / ____ / ____

CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ DU RESPONSABLE LEGAL

Je déclare avoir reçu les informations sur les modalités d'organisations de la prise en charge en HAD de mon/ notre enfant

Le projet thérapeutique, ainsi que les actes de soins concernant mon enfant m'ont été expliqué(s) et j'accepte les conditions de la surveillance médicales et paramédicale proposées conformément au recueil de consentement.

Je déclare avoir reçu les documents d'admission en HAD :

- ☐ Livret d'accueil patient et ses annexes
- ☐ Livret de l'enfant
- ☐ L'enquête de satisfaction
- ☐ L'avis de confidentialité
- ☐ L'autorisation de droit à l'image

Documents à nous remettre

- ☐ Le consentement du représentant légal pour la prise en charge de l'enfant.
- ☐ Attestation de sécurité sociale
- ☐ La carte de mutuelle ou attestation CMU
- ☐ Copie des pages de vaccination du carnet de santé de l'enfant
- ☐ Pièce d'identité de l'enfant
- ☐ Le livret de famille ou l'extrait d'acte de naissance de l'enfant accompagné dans ce cas d'un document d'identité d'un des parents (passeport, carte d'identité ou titre de séjour permanent)

PARENT 1

☐ Monsieur ☐ Madame ☐ Mademoiselle

Lien avec l'enfant :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse : _____

Tel : _____ Port : _____

Email : _____

Date et Signature

PARENT 2

☐ Monsieur ☐ Madame ☐ Mademoiselle

Lien avec l'enfant :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse : _____

Tel : _____ Port : _____

Email : _____

Date et Signature

DOCUMENTS NECESSITANT VOTRE ACCORD

ACCORD CONSENTEMENT DU TUTEUR

Je soussigné (e) :

En qualité de tuteur légal, certifie être le représentant légal du patient désigné ci-dessus.

Accepte les conditions de prise en charge par l'HAD Clinique de la tour telles qu'elles sont décrites au recto

Information de la mesure de protection juridique

Nom : _____

Organisme : _____

Prénom : _____

Téléphone : _____

Liste des personnes autorisées à accompagner l'enfant

En cas de rendez-vous ou de transfert, en votre absence votre enfant peut être accompagné par la/ les personnes de votre choix. Merci de nous tenir informer.

1.

Nom prénom : _____

Lien _____

N° de téléphone : _____

2.

Nom prénom : _____

Lien _____

N° de téléphone : _____

3.

Nom prénom : _____

Lien _____

N° de téléphone : _____

4.

Nom prénom : _____

Lien _____

N° de téléphone : _____

DOCUMENTS NECESSITANT VOTRE ACCORD

DOCUMENT OBLIGATOIRE À COMPLETER ET À TRANSMETTRE À L'ÉTABLISSEMENT DÈS L'ADMISSION

LA PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE L'HOSPITALISATION DE VOTRE ENFANT

Votre enfant est actuellement hospitalisé(e) à la Clinique de la Tour.

Les frais d'hospitalisation liés à son séjour au sein de notre établissement sont pris en charge pour tout ou partie par l'Assurance Maladie et votre éventuelle Mutuelle Santé Complémentaire.

Vous vous engagez à régler l'ensemble des frais restant à votre charge, au cours de son hospitalisation et ce jusqu'à la fin de son séjour.

A ce titre, un chèque de caution peut vous être demandé pour couvrir ces frais.

Nous tenons à vous informer qu'à défaut de paiement, la clinique se réserve le droit d'initier une procédure contentieuse afin que vous soyez condamné(e) à payer également des dommages et intérêts et divers autres frais de justice.

La prise en charge en HAD comprend :

- Les médicaments remboursés par l'assurance maladie
- Les examens médicaux prescrits au cours du séjour (analyses en laboratoire, radiographies...)
- Les actes des professionnels médicaux et paramédicaux libéraux (sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes...). Ils interviennent après signature d'une convention de partenariat avec l'HAD.
- Le mobilier de soins (lit, fauteuil, table de soins, chariot sécurisé pour les médicaments ...) et le matériel nécessaire pour assurer votre prise en charge en HAD. Ils sont commandés par l'HAD et livrés à votre domicile par le prestataire de l'HAD.

La prise en charge en HAD ne comprend pas :

- Les honoraires des médecins généralistes et des médecins spécialistes, la carte vitale doit-être présentée.
- Les médicaments non remboursés par l'assurance maladie
- Les services à domicile : auxiliaire de vie sociale, garde malade, aide à domicile, portage de repas...

☐ Je m'engage à régulariser la situation de l'enfant dans les 8 jours en l'absence de couverture maladie (Partielle ou totale).

☐ Je m'engage à régler l'ensemble des frais restant à ma charge, au cours de son hospitalisation et ce jusqu'à la fin de son séjour.

Fait à :	
Nom : _____ Prénom : _____	Signature