

# DOCUMENTS NECESSITANT VOTRE ACCORD

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

## PRISE EN CHARGE EN HOSPITALISATION A DOMICILE PAR LA CLINIQUE DE LA TOUR

**IMPORTANT :** En application de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L. 1111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Admis(e) au sein de l'établissement de santé en vue d'une hospitalisation à domicile, à compter du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### PATIENT

Je soussigné(e),

|                                     |                            |
|-------------------------------------|----------------------------|
| Nom : _____                         | Nom de jeune fille : _____ |
| Prénom : _____                      |                            |
| Date de naissance : ____/____/____  | Lieu de naissance : _____  |
| Adresse : _____                     |                            |
| Tel. ____-____-____-____-____       |                            |
| Portable : ____-____-____-____-____ |                            |
| Email : _____@_____                 |                            |

### DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

☐ Je souhaite désigner une personne de confiance ci-dessous nommée

☐ Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de ma prise en charge en HAD. Toutefois, **je ne souhaite pas désigner de personne de confiance**, sachant qu'à tout moment, je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

☐ Le patient n'est pas en mesure de désigner une personne de confiance (motif) : \_\_\_\_\_

☐ Le patient est sous une mesure de protection juridique (si connue préciser laquelle) : \_\_\_\_\_

|                |                   |
|----------------|-------------------|
| Nom : _____    | Organisme : _____ |
| Prénom : _____ | Téléphone : _____ |

### PERSONNE DE CONFIANCE

### PERSONNE A PRÉVENIR

|                                                                                                         |                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Mademoiselle | <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Mademoiselle |
| Nom : _____                                                                                             | Nom : _____                                                                                             |
| Prénom : _____                                                                                          | Prénom : _____                                                                                          |
| Date de naissance : ____/____/____                                                                      | Date de naissance : ____/____/____                                                                      |
| Adresse : _____                                                                                         | Adresse : _____                                                                                         |
| Tel : _____ Port : _____                                                                                | Tel : _____ Port : _____                                                                                |
| Email : _____                                                                                           | Email : _____                                                                                           |

Cette personne de confiance pourra **accéder à mon dossier médical et hospitalier** ; pourra être **consultée par l'équipe médicale** au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf en cas d'urgence ou impossibilité de la joindre, aucun acte de soins ou investigation importante ne pourra être réalisée dans cette consultation.

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour la durée de ma prise en charge en HAD. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et, dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit, l'établissement.

### PERSONNE DE CONFIANCE

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation comme personne de confiance, légalement capable, je suis (Préciser le lien avec le patient) : \_\_\_\_\_

|                                                                             |                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fait à : _____                                                              | Le : ____/____/____                                                                       |
| <input type="checkbox"/> <b>Le patient</b><br>Nom : _____<br>Prénom : _____ | <input type="checkbox"/> <b>La personne de confiance</b><br>Nom : _____<br>Prénom : _____ |
| Signature _____                                                             | Signature _____                                                                           |

# DOCUMENTS NECESSITANT VOTRE ACCORD

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

## CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ

Dans le cadre de la prise en charge en hospitalisation à domicile,

- ☐ Je déclare **avoir reçu les informations sur les modalités d'organisation** de la prise en charge en HAD
  
- ☐ **Le patient n'est pas en mesure de donner son consentement libre et éclairé (motif):**  
\_\_\_\_\_
- ☐ Je donne **mon consentement libre et éclairé**, pour la prise en charge en HAD ou de celle du/de la patient(e) que je représente.
- ☐ Je refuse la prise en charge en hospitalisation à domicile
  
- ☐ Je déclare **avoir reçu les documents d'admission en HAD:**
  - Le Livret d'accueil patient et ses annexes
  - L'enquête de satisfaction
  - L'avis de confidentialité

|                   |                  |                                                          |                  |
|-------------------|------------------|----------------------------------------------------------|------------------|
| Fait à :          |                  | Le : ____ / ____ / ____                                  |                  |
| <b>Le patient</b> | <i>Signature</i> | <input type="checkbox"/> <b>La personne de confiance</b> | <i>Signature</i> |
| Nom : _____       |                  | Nom : _____                                              |                  |
| Prénom : _____    |                  | Prénom : _____                                           |                  |

## DIRECTIVES ANTICIPÉES

Les directives anticipées vous permettent, en cas de maladie grave ou d'accident, de faire connaître vos souhaits.

Avez-vous formulé des directives anticipées ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, votre personne de confiance en est-elle informée ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

# DOCUMENTS NECESSITANT VOTRE ACCORD

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

## LA PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE VOTRE HOSPITALISATION

Vous êtes actuellement hospitalisé(e) à la Clinique de la Tour.

Les frais d'hospitalisation liés à votre 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 votre hospitalisation et ce jusqu'à la fin de votre 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 ma situation 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 mon hospitalisation et ce jusqu'à la fin de mon séjour.

|                   |                  |                                                          |                  |
|-------------------|------------------|----------------------------------------------------------|------------------|
| Fait à :          |                  | Le : ____ / ____ / ____                                  |                  |
| <b>Le patient</b> | <i>Signature</i> | <input type="checkbox"/> <b>La personne de confiance</b> | <i>Signature</i> |
| Nom : _____       |                  | Nom : _____                                              |                  |
| Prénom : _____    |                  | Prénom : _____                                           |                  |