VOTRE ENGAGEMENT

HOSPITALISATION À DOMICILE (HAD)

MUTUALITÉ FRANÇAISE

NOM et Prénom .....

Date de naissance .....

Adresse .....

Mail .....

☐ **J'ACCEPTE** l'hospitalisation à domicile après avoir été informé(e) du projet thérapeutique (organisation des soins, mise en place de dispositifs médicaux...)

☐ **JE DÉSIGNE pour personne de confiance** (concerne tout patient majeur, sauf cas de tutelle, cf fiche 2 « Vos Droits »).

Mme/Mr.....

Adresse.....

.....

Tél.....

Mail.....

Lien avec le patient.....

☐ **JE NE SOUHAITE PAS DÉSIGNER de personne de confiance**

☐ **PATIENT EN INCAPACITÉ DE DÉSIGNER une personne de confiance**

☐ **LA PERSONNE DE CONFIANCE** est informée de cette désignation

NOM et Prénom de la **PERSONNE DE CONFIANCE**
(uniquement en cas de désignation)

.....

accepte d'être la personne de confiance

Signature :

JE CONSENS*

☐ à l'informatisation de mon dossier médical et au traitement de mes données personnelles.

☐ à la transmission de mes données au médecin chargé du traitement de l'information médicale de l'HAD.

☐ au partage de mes données entre les professionnels de santé qui interviennent dans le cadre de mon projet thérapeutique (accès au dossier médical), tel que définit dans le Réglement Général de Protection des Données (RGPD) voir fiche 2 « Vos Droits ».

☐ à être contacté par mon mail.

☐ à la photographie de mes éventuelles plaies, pour les professionnels de santé dans le cadre d'un suivi des soins délivrés.

☐ à créer mon dossier médical partagé et en autoriser l'accès à tout professionnel de santé impliqué dans ma prise en soins.

☐ **JE SUIS INFORMÉ(E)**

- de la possibilité de rédiger des directives anticipées au cas où, en fin de vie, je serais hors d'état d'exprimer ma volonté (cf. fiche 2 « Vos Droits »),
- des modalités et de mon droit d'accès et de rectification de mon dossier médical (cf. fiche 2 « Vos Droits »),
- de la protection de mes données par le secret médical,
- de mon droit d'opposition au recueil et au traitement individuel et informatisé de mes données médicales, administratives et sociales, à tout moment, pour des raisons légitimes,
- de l'existence de la commission des usagers (CDU), dont la mission est de veiller au respect de mes droits,
- que la tablette reste la propriété de l'HAD.

☐ **ACTUELLEMENT DANS L'INCAPACITÉ DE SIGNER CE DOCUMENT**
Mme/M..... est autorisé(e) à donner son accord pour une hospitalisation à domicile de Mme/M.....

Fait à : ..... le : ...../...../.....

DATE ...../...../.....
SIGNATURE

*Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment en envoyant un mail à **contact@domicilemutualiste16.fr**

FICHE 6

VOTRE ENGAGEMENT