

Contrat d'auto-administration des médicaments

Je soussigné(e) _____

Né(e) le _____ à _____

Demeurant à _____

hospitalisé(e) en HAD, souhaite gérer moi-même la prise en charge de mes médicaments selon les indications de la prescription médicale. L'équipe HAD accepte cette décision suite à l'évaluation de mes capacités. Cette décision sera réévaluée régulièrement avec l'équipe d'HAD ; mes capacités d'auto administration seront suivies régulièrement, ainsi que le respect de la prise de mes médicaments.

Je m'engage :

- A prendre mes médicaments aux horaires prévus de la journée
- A signaler à l'HAD les médicaments non pris et pourquoi
- A appeler l'HAD en cas de doute

A tout moment, en fonction de mon état, ce contrat peut prendre fin :

- A ma demande après en avoir parlé avec l'infirmière de coordination
- A l'initiative de l'équipe après m'en avoir informé.

Dans ce cas une autre solution sera recherchée afin qu'un relais soit envisagé pour l'administration de mes médicaments.

Fait le _____ à _____

Date et signature du patient

Date, nom et signature de l'infirmier de coordination