

Contrat « aidant » pour l'administration des médicaments

Je soussigné(e) _____

Né(e) le _____ à _____

Demeurant à _____

agissant en tant qu'AIDANT dehospitalisé en HAD, souhaite gérer la prise en charge de ses médicaments selon les indications de la prescription médicale. L'équipe HAD accepte cette décision suite à une évaluation de mes capacités : j'ai compris la prescription médicale et les explications transmises par l'IDEC. Cette décision sera rediscutée régulièrement avec l'équipe d'HAD ; mes capacités d'administration seront suivies régulièrement, ainsi que le respect de la prise de mes médicaments.

Je m'engage :

- A administrer les 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

À 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 des médicaments.

Fait le _____ à _____

Date et signature de l'aidant

Date, nom et signature de l'infirmier de coordination