



## Accords et Autorisations

Référence : SSV-DIP-ENR-002

Version : 6

Page 1

Structure : HAD

Mise en application : 24/04/2024

Type de document : Enregistrement SSV

Processus : Droits et information du patient

Je soussigné(e) Madame, Monsieur : .....

En qualité de :

Patient

Entourage. Lien avec la personne : .....

Précisez si :  Représentant légal du patient  Personne de confiance

Consent à l'Hospitalisation À Domicile et au projet de soins.

Atteste avoir reçu une information claire et adaptée sur les objectifs de la prise en charge en Hospitalisation À Domicile par le médecin traitant et/ou le service d'Hospitalisation À Domicile.

Donne mon consentement au traitement des données personnelles transmises, indispensables à la prise en charge.

Accepte le partage des informations entre les professionnels de santé.

Accepte que mon Dossier Médical Partagé (DMP) soit alimenté par les professionnels de santé de l'HAD SSV.

Accepte le passage du stagiaire infirmier ou aide-soignant accompagnant temporairement le personnel soignant du service d'Hospitalisation À Domicile.

Accepte le prélèvement sanguin (VHB, VHC, VIH) en cas d'accident d'exposition au risque viral du personnel soignant.

Accepte, dans le cadre d'une amélioration de la qualité des soins et du suivi des plaies, que le personnel soignant photographie mes plaies.

Atteste avoir reçu et pris connaissance du livret d'accueil et de ses annexes.

Atteste avoir pris connaissance des règles de vie inscrites au livret d'accueil et les accepte sans réserve.

Autorise l'Hospitalisation À Domicile dans le cadre d'actes médicaux réalisés à distance à utiliser la téléconsultation :

- Dans ce cadre, l'HAD s'engage à mettre en place les mesures de sécurité relatives à la protection des données de santé en conformité avec le règlement général sur la protection des données (RGPD) et la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé
- Dans le cadre de la confidentialité des échanges avec le patient, l'HAD veillera à la sécurisation des moyens utilisés pour la vidéoconsultation ainsi que pour toute communication et transmission de documents pendant et à l'issue de la téléconsultation (résultats d'examen, données d'imagerie, ordonnances antérieures, prescription médicale, etc.)

Donne mon accord pour ma participation aux actions et interventions effectuées à mon domicile dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins (EPP, audit, patient traceur...).

Nom et coordonnées de la personne à prévenir (**OBLIGATOIRE**):

Coordonnées du Médecin traitant :

Docteur..... Adresse : .....

Tél : .....

Fait en deux exemplaires  
(un exemplaire à remettre au secrétariat)

A ..... Le .....

Signature précédée de la mention manuscrite  
« Lu et approuvé, bon pour accord »

Les données personnelles recueillies rentrent dans le cadre de notre politique de protection des données personnelles et ont pour finalité la gestion de la prise en charge médicale et administrative du patient. Vous pouvez obtenir notre politique de protection des données personnelles sur simple demande. Conformément au RGPD vous disposez de droits sur vos données que vous pouvez exercer en nous contactant à l'adresse suivante HAD SSV – 1328 Chemin de la Planquette - 83130 LA GARDE

HAD TOULON  
HAD BRIGNOLES

☎ 04 94 27 50 50  
☎ 04 94 72 40 00

☎ 04 94 23 72 53  
☎ 04 94 72 17 06

✉ [had-toulon@sante-solidarite-var.fr](mailto:had-toulon@sante-solidarite-var.fr)  
✉ [had-brignoles@sante-solidarite-var.fr](mailto:had-brignoles@sante-solidarite-var.fr)

HAD LA SEYNE  
HAD HYERES LA LONDE

☎ 04 94 87 78 09  
☎ 04 22 80 13 81

☎ 04 94 89 19 56  
☎ 04 22 80 13 82

✉ [had-laseyne@sante-solidarite-var.fr](mailto:had-laseyne@sante-solidarite-var.fr)  
✉ [had-hyereslalonde@sante-solidarite-var.fr](mailto:had-hyereslalonde@sante-solidarite-var.fr)

HAD ST-MAXIMIN

☎ 04 83 67 01 70

☎ 04 83 67 01 45

✉ [had-stmaximin@sante-solidarite-var.fr](mailto:had-stmaximin@sante-solidarite-var.fr)