



## ACCORDS ET AUTORISATIONS

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

**En qualité de :**  Patient/usager  Entourage (Préciser lien de parenté) .....

Représentant légal du patient/usager

Reconnais avoir reçu, en main propre, le livret d'accueil, la charte qualité SSIAD ainsi que le contrat individuel de prise en charge et règlement de fonctionnement.

Atteste avoir pris connaissance des mentions relatives à la protection des données personnelles inscrites sur le livret d'accueil

Donne mon consentement libre et éclairé au traitement des données personnelles transmises et nécessaires à la prise en charge du patient

Accepte le Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) et les soins Infirmiers prescrits par le Médecin.

Accepte le passage du Stagiaire Infirmier(e) ou Aide-soignant(e) accompagnant temporairement le personnel soignant du Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD).

Accepte le prélèvement sanguin (VHB, VHC, VIH) en vue de l'analyse en cas d'Accident d'Exposition au risque viral.

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

Accepte d'être pris(e) en photo dans le cadre du dossier de soins informatisé

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...)

Existence de directives anticipées OUI  NON

Commentaire : .....

### Personne à prévenir : (OBLIGATOIRE)

Nom/prénom : .....

Coordonnées : .....

Le Médecin traitant que j'ai choisi est : Docteur.....

Tél. : .....

Adresse : .....

Fait en deux exemplaires

(Un exemplaire à remettre au secrétariat)

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

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

#### Hospitalisation A Domicile BRIGNOLES

Quartier Saint-Jean - R.N. 7  
83170 Brignoles  
Tél. : 04 94 72 40 00  
Fax : 04 94 72 17 06  
E-mail : had-brignoles@orange.fr

#### Hospitalisation A Domicile LA GARDE

"Espace France Europe" - 1328, chemin  
de la Planquette - CS 90587 LA GARDE  
83041 TOULON Cedex 9  
Tél. : 04 94 27 50 50  
Fax : 04 94 23 72 53  
E-mail : had-toulon@wanadoo.fr

#### Hospitalisation A Domicile LA SEYNE

178, avenue Estienne d'Orves  
83500 La Seyne/Mer  
Tél. : 04 94 87 78 09  
Fax : 04 94 89 19 56  
E-mail : had-laseyne@orange.fr

#### Hospitalisation A Domicile HYERES - LA LONDE

N° 4 - Zone d'Activité du Bas Jasson  
83250 La Londe Les Maures  
Tél. : 04 22 80 13 81  
Fax : 04 22 80 13 82  
E-mail : had-hyereslalonde@sante-solidarite.fr