

	Accords et Autorisations	Référence : SSV-DIP-ENR-002
		Version : 2
		Page 1
		Structure : HAD
		Mise en application : 15/11/2022
Type de document : Enregistrement SSV		Processus : Droits et information du patient

Je soussigné(e) Madame, Monsieur :

En qualité de : ☐ Patient ☐ Entourage ☐ Représentant légal du patient

☐ Consent à mon Hospitalisation à Domicile et à mon projet de soins.

☐ Atteste avoir reçu une information claire et adaptée sur les objectifs de ma prise en charge en hospitalisation à domicile par mon médecin traitant et/ou le service d'hospitalisation à domicile.

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

☐ Accepte le partage des informations entre les professionnels de santé.

☐ Accepte le passage de stagiaire infirmier et/ou aide-soignant accompagnant temporairement le personnel soignant du service d'Hospitalisation à Domicile.

☐ 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 photographie mes plaies.

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

☐ 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 à utiliser la téléconsultation dans le cadre d'actes médicaux réalisés à distance :

- 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 vidéotransmission ainsi que pour toute communication et transmission de documents pendant et à l'issue de la téléconsultation (résultats d'examens, données d'imagerie, ordonnances antérieures, prescription médicale, etc.)

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

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	☎ 04 94 27 50 50	📠 04 94 23 72 53	had-toulon@wanadoo.fr
HAD BRIGNOLES	☎ 04 94 72 40 00	📠 04 94 72 17 06	had-brignoles@sante-solidarite-var.fr
HAD LA SEYNE	☎ 04 94 87 78 09	📠 04 94 89 19 56	had-laseyney@sante-solidarite-var.fr
HAD HYERES LA LONDE	☎ 04 22 80 13 81	📠 04 22 80 13 82	had-hyereslalonde@sante-solidarite-var.fr
HAD SAINT MAXIMIN	☎ 04 83 67 01 70	-	had-stmaximin@sante-solidarite-var.fr