



Coller  
une  
étiquette du patient

## ACCORDS ET AUTORISATIONS

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

**En qualité de :**  Patient  Entourage (préciser le lien de parenté) .....  
 Représentant légal du patient

Autorise le service d'Hospitalisation à Domicile (HAD) à inscrire mon Nom sur le dossier informatisé du patient, selon les modalités de la CNIL.

Accepte l'Hospitalisation à Domicile et les soins infirmiers prescrits par le Médecin.

Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur, dont un exemplaire m'a été remis et déclare l'accepter sans réserve.

Accepte le partage des informations entre les professionnels de santé.

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 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.

Personne de confiance :  OUI  NON Si oui → Lien de parenté (ou qualité) .....

Nom et prénom de la personne de confiance : .....

Né(e) le : ..... Tél. : .....

Adresse : .....

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

Tél. : ..... Adresse : .....

Fait en deux exemplaires

A .....

Le .....

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

N.B : Cochez les cases correspondantes

**Exemplaire à remettre au secrétariat**

**Siège : Hospitalisation A Domicile Toulon**

Espace France Europe 1328 Chemin de la Planquette BP 60025  
83951 LA GARDE CEDEX

☎ 04 94 27 50 50 ☎ 04 94 23 72 53 ✉ [had-toulon@wanadoo.fr](mailto:had-toulon@wanadoo.fr)

DTQ-OPC-B/001-03

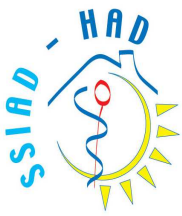
**Annexe 1**

**Antenne H.A.D BRIGNOLES**

Quartier St Jean R.N 7 - 83170 BRIGNOLES  
☎ 04 94 72 40 00 ☎ 04 94 72 17 06  
✉ [had-brignoles@orange.fr](mailto:had-brignoles@orange.fr)

**Antenne H.A.D LA-SEYNE-SUR-MER**

178 Avenue Estienne d'Orves - 83500 LA-SEYNE  
☎ 04.94.87.78.09 ☎ 04.94.89.19.56  
✉ [had-laseyne@orange.fr](mailto:had-laseyne@orange.fr)



Coller  
une  
étiquette du patient

## ACCORDS ET AUTORISATIONS

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

**En qualité de :**  Patient  Entourage (préciser le lien de parenté) .....  
 Représentant légal du patient

- Autorise le service d'Hospitalisation à Domicile (HAD) à inscrire mon Nom sur le dossier informatisé du patient, selon les modalités de la CNIL.
- Accepte l'Hospitalisation à Domicile et les soins infirmiers prescrits par le Médecin.
- Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur, dont un exemplaire m'a été remis et déclare l'accepter sans réserve.
- Accepte le partage des informations entre les professionnels de santé.
- 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 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.

Personne de confiance :  OUI  NON Si oui → Lien de parenté (ou qualité) .....

Nom et prénom de la personne de confiance : .....

Né(e) le : ..... Tél. : .....

Adresse : .....

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

Tél. : ..... Adresse : .....

Fait en deux exemplaires

A .....

Le .....

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

N.B : Cochez les cases correspondantes

**Exemplaire à remettre au patient**