



ACCORDS ET AUTORISATIONS

Je soussigné(e) Madame, Monsieur :

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

Représentant légal du patient/usager

Reconnaît avoir reçu, en main propre, le livret d'accueil (comprenant le contrat de soins en pages 8 à 14), la charte qualité SSIAD ainsi que le contrat individuel de prise en charge et règlement de fonctionnement.

Autorise le Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) à inscrire mon Nom sur le dossier informatisé du patient, selon les modalités de la CNIL.

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.

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 à

Le

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

*(Cochez les cases correspondantes)