

Pour un mineur, l'autorisation de soins signée par l'un des deux parents, titulaires de l'autorité parentale ou par le représentant légal est obligatoire (article R1112-35 du Code de la santé publique).

Mme.....

M.....

Domicilié(e)

Agissant en qualité de :

- ☐ Mère
- ☐ Père
- ☐ Représentant légal

Du patient

Melle,

M.

Né(e) le

Domicilié(e)

Accepte¹ :

- ☐ Les conditions de prise en charge par l'établissement d'HAD avec les informations indiquées dans le livret d'accueil que l'on m'a remis lors de mon admission. Notamment, la possibilité de transmettre mes directives anticipées, l'existence de questionnaire de satisfaction, la possibilité de contacter les représentants des usagers, etc...
- ☐ Les conditions du traitement de mes données personnelles mentionnées dans les informations complémentaires du livret d'accueil.
- ☐ La prise de photographies à usage strictement médical durant mon séjour en HAD.

Refuse :

- ☐ L'alimentation du dossier médical de [Mon Espace Santé](#) (DMP)

Madame, Monsieur,

En accord avec votre médecin traitant, Mme/M.....bénéficiera d'une prise en charge en Hospitalisation A Domicile.

La durée de la prise en charge sera régulièrement réévaluée par l'équipe de l'HAD selon une décision conjointe entre votre médecin traitant et le médecin praticien de l'HAD.

Les informations relatives à cette prise en charge sont contenues dans le livret d'accueil du patient qui vous a été remis dès l'admission.

Fait en deux exemplaires² à, le :

Signature des parents :

24h sur 24, vous pouvez joindre un membre de l'équipe HAD.

¹ Cochez-la(les) case(s) correspondant à votre accord

² Un vous est laissé, le second est conservé par l'HAD