



# Votre Consentement

- Les principales informations
- sur l'hospitalisation à domicile
- à la Fondation Santé Service

**Fondation Santé Service**

88 rue de Villiers - 92300 LEVALLOIS-PERRET

Tél: 01 46 97 01 75 - Fax: 01 46 97 00 05

[www.fondation-santeservice.fr](http://www.fondation-santeservice.fr)



Madame, Monsieur,

En accord avec votre médecin traitant ou le médecin hospitalier, et dans la continuité de votre projet personnalisé de soins, vous allez bénéficier d'une prise en charge par l'hospitalisation à domicile (HAD) de la Fondation Santé Service.

Les informations relatives à ce séjour, vos droits et devoirs sont contenus dans le livret d'accueil de l'HAD qui vous a été remis lors de votre admission.

## Consentement du patient

### Je soussigné(e) :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

**Reconnais avoir pris connaissance** des différents documents et du livret d'accueil qui m'ont été remis et en accepte les conditions.

**Reconnais avoir reçu une information** complète, claire, donnée dans un langage compréhensible et que la Fondation Santé Service m'a incité à poser toutes les questions nécessaires concernant les modalités d'hospitalisation et les actes et traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet (*notamment les modalités de la prise en charge en hospitalisation à domicile, le déroulement des examens, soins, investigations et les précautions générales que je dois prendre*).

Fait à : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature

#### Pour mieux vous joindre :

Téléphone :

E-mail :

## Consentement des personnes légalement habilitées

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

### En qualité de :

Représentant légal

Membre de la famille, personne de confiance (*article L.1111-6 du code de la santé publique*) ou proche \*\*

Préciser (père, mère, tuteur, cousin, neveu, beau-frère etc...) : .....

### Du patient :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

❖ **Reconnais avoir pris connaissance** des différents documents et du livret d'accueil qui m'ont été remis et en accepte les conditions.

❖ **Reconnais avoir reçu une information** complète, claire, donnée dans un langage compréhensible et que la Fondation Santé Service m'a incité à poser toutes les questions nécessaires concernant les modalités d'hospitalisation à domicile et les actes et traitements médicaux dont le patient pourrait faire l'objet dans ce cadre (*notamment les modalités de la prise en charge en hospitalisation à domicile, le déroulement des examens, soins, investigations et les précautions générales que je dois prendre*).

❖ **Garantis être légalement habilité(e)** à recevoir les informations concernant l'état de santé du patient ainsi qu'à consentir à l'administration de traitements médicaux devant intervenir dans le cadre de l'hospitalisation à domicile.

#### Pour les dépositaires de l'autorité parentale :

❖ Déclare que le patient concerné par l'administration de traitements médicaux a fait l'objet d'une information adaptée à son âge et à ses capacités, conformément à l'article L.1111-2 du Code de la Santé Publique et que son consentement aux actes et traitements médicaux a été recherché par la Fondation Santé Service.

❖ **Garantis avoir recueilli** préalablement le consentement de tous les représentants légaux habilités à se prononcer sur la prise en charge du patient et l'administration de soins \*\*\*.

❖ Déclare que le consentement du patient mineur, dont je suis le représentant légal, conformément à l'article L.1111-4 du Code de la Santé Publique, a été recherché, eu égard à son aptitude à exprimer sa volonté et à participer à la décision \*\*\*\*.

#### Pour les tuteurs disposant d'un droit de représentation :

❖ Déclare que le majeur objet d'une mesure de tutelle, dont je suis représentant légal, n'est pas apte à recevoir l'information sur son état de santé, à consentir à l'administration de traitements médicaux et n'a pas exprimé de désaccord vis-à-vis de l'administration des traitements envisagés.

Fait à : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature

#### Pour mieux vous joindre :

Téléphone :

E-mail :

\* Personne disposant de l'autorité parentale, tuteur ou curateur.

\*\* En présence d'une personne qui n'est pas en capacité de donner son consentement en raison de son état de santé, il est nécessaire, pour procéder à l'administration des traitements envisagés, qu'un membre de la famille, une personne de confiance désignée par le patient visée par la L.1111-6 du Code de la santé publique ou un proche (amis, concubin(e)), soit consulté. Celui-ci ne peut cependant consentir à la place du patient.

\*\*\* En présence d'un mineur ou d'un majeur protégé (tutelle, curatelle), le consentement d'un représentant n'est pas toujours possible pour les actes les plus graves. Il sera nécessaire d'avoir obtenu le consentement de toutes les personnes devant s'exprimer sur la mise en œuvre du traitement.

\*\*\*\* Le consentement du mineur n'est pas impératif mais doit être recherché. Il pourra consentir s'il y est apte (notamment, au regard de sa maturité).