

**Accord de prise en charge en HAD**

**-**

**INFORMATIONS A l’ADMISSION DU PATIENT**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Une image contenant Police, Graphique, graphisme, texte  Description générée automatiquement | Nom de naissance |  |  |
| Prénoms de naissance |  |
| Date de naissance |  | Sexe |  |
| Lieu de naissance (code INSEE) |  | INS |  |

**Correspondant principal** :…………………………..

Votre patient(e), **Mr/Mme …………………..**, est pris(e) en charge en Hospitalisation A Domicile à compter du (…………………………) pour :

***Motif d’admission / Contexte de la demande***

***Diagnostic***

***Protocole Personnalisé des Soins***

***Traitement à l’admission***

Je vous prie de bien vouloir nous retourner ce document signé, attestant votre consentement à la prise en charge par l’établissement d’hospitalisation à domicile de ce(cette) patient(e).

Le médecin traitant est choisi librement par le patient.

Qu'il soit ou non prescripteur de l'HAD, il reste le pivot de la prise en charge du patient :

* L'hospitalisation à domicile se réalise qu'avec votre accord,
* Vous réévaluez, avec l'équipe d'HAD, l'état de santé du patient et adaptez les prescriptions en fonction de son évolution.

**Le dossier patient est totalement numérisé !** Vous pouvez vous rapprochez de nous si vous souhaitez avoir l’accès aux documents, transmissions et constantes de votre patient, nous vous transmettrons le lien de connexion et vos identifiants.

**Ci-joint notre adresse sécurisée :** **hadchalons****@hadfrance.mssante.fr**

*Attention pour envoyer un message sécurisé sur cette adresse mail, il est nécessaire que vous possédiez une messagerie sécurisée de santé MSSanté. Si ce n'est pas le cas vous trouverez toutes les informations nécessaires sur* [*www.mssante.fr*](www.mssante.fr)*.*

|  |  |
| --- | --- |
|  **Le Médecin traitant** | **Le Médecin praticien HAD**  |
|  |  |