

## Livret d'Entrée Patient Hospitalisation à Domicile (HAD)

**DOCUMENT A REMETTRE IMPÉRATIVEMENT COMPLÉTÉ ET  
SIGNÉ AU RESPONSABLE DE SOINS.  
DANS LE CAS CONTRAIRE, VOTRE PRISE EN CHARGE  
NE POURRA PAS AVOIR LIEU**

Nom de naissance :  
Nom d'usage :  
Prénom :  
Date de naissance :  
Age :

*Étiquette patient*

### Identification du patient

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Motif de prise en charge en HAD : .....

Date d'entrée : .....

Profession : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Adresse mail : .....

Pharmacie habituelle : .....

Médecin traitant : .....

Médecins spécialistes (cardiologue, pneumologue...) : .....

Laboratoire d'analyse médicale choisi (optionnel) :

Nom : ..... Tél. : .....

**Je déclare** avoir été suivi avant ma prise en charge en HAD par le personnel paramédical suivant auquel il pourra être fait appel en cas de besoin :

Infirmier : Nom : ..... Tél. : .....

Kinésithérapeute : Nom : ..... Tél. : .....

Orthophoniste : Nom : ..... Tél. : .....

**J'autorise**  **Je n'autorise pas**  l'établissement à :

- numériser ma pièce d'identité pour l'insérer dans mon dossier patient informatisé (identitovigilance)
- réaliser des photos de mes pansement (si besoin) sous format numérique, insérer ces images dans mon dossier patient informatisé et à stocker ces images sur le serveur de l'établissement

### Représentant du patient ou d'un majeur sous tutelle

**A compléter si le patient est dans l'impossibilité de renseigner ce livret, et/ou de recevoir l'information :**

**Identification du**  **représentant** /  **tuteur**<sup>(1)</sup> **du patient :**

Nom : .....

Prénom : .....

Lien avec le patient : .....

Tél. : .....

**Signature du représentant  
ou tuteur du patient**

### Titulaires de l'autorité parentale pour un patient mineur

Articles 371-1, 372,  
372-2 du Code Civil /  
Articles L.1111-5,  
R.1111-2, R.1112-35  
du Code de la Santé  
Publique

**A compléter si le patient est mineur, identification des titulaires de l'autorité parentale :**

**Père de l'enfant**<sup>(2)</sup>

**Mère de l'enfant**<sup>(2)</sup>

**Tuteur**<sup>(1)</sup>

Nom : .....

Nom : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Date de naissance : .....

Date de naissance : .....

Tél. : .....

Tél. : .....

Tél. : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

**Signature**

**Signature**

**Signature**

<sup>(1)</sup> : une copie de la pièce d'identité du tuteur ainsi que la copie de la décision de placement sous tutelle sera conservée dans le dossier patient.

<sup>(2)</sup> La signature des deux parents est obligatoire lorsque l'autorité parentale est conjointe (enfant né de parents mariés ou né de parents non mariés mais reconnu par les deux parents dans sa première année).

**Transmissions  
des informations  
de santé**

**J'accepte** que les informations concernant mon état de santé soient communiquées à mon Médecin traitant et/ou au Médecin de mon choix désigné ci-après :

Nom et prénom du Médecin traitant :

Nom et prénom du Médecin de mon choix :

.....

.....

Adresse : .....

Adresse : .....

.....

.....

Tél. : .....

Tél. : .....

**J'autorise**  **Je n'autorise pas**  l'établissement à contacter, en cas de nécessité médicale, mes proches ou plus précisément la ou les personne(s) ci-après désignée(s) et que les informations concernant mon état de santé leur soient communiquées :

Nom, prénom : .....

Nom, prénom : .....

Lien avec le patient : .....

Lien avec le patient : .....

Tél. : .....

Tél. : .....

**J'autorise**  **Je n'autorise pas**  dans le cadre de la loi du 4 mars 2002, que certaines informations de santé me concernant soient communiquées à mes ayants droit en cas de décès.



Pour information, si vous en possédez un, l'établissement peut déposer dans votre **Dossier Médical Partagé (DMP)**, visible sur le site internet « Mon Espace Santé », les documents relatifs à votre hospitalisation (comptes rendus d'hospitalisation ou opératoire, ordonnance de sortie...).

Vous pouvez exercer votre droit d'opposition directement sur ce site ou bien par téléphone au 3422.

**Réservé au patient mineur :**

En qualité de **patient hospitalisé mineur**, et dans le cadre de la loi du 4 mars 2002, **je n'autorise pas**  que les informations de santé me concernant soient communiquées aux titulaires de l'autorité parentale.

**Nom de naissance, prénom et signature  
du patient hospitalisé mineur**

**Personnes à  
prévenir**

**J'autorise** l'établissement à prévenir, en cas de nécessité, la ou les personne(s) ci-après désignée(s) :

Nom, prénom : .....

Nom, prénom : .....

Lien avec le patient : .....

Lien avec le patient : .....

Tél. : .....

Tél. : .....

**Désignation  
de la personne  
de confiance**

**Je souhaite désigner une personne de confiance :**

Nom, prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : ..... Tél. : .....

Cette personne, légalement capable, est :  un proche  un parent  mon Médecin traitant

Je souhaite que cette personne m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions : oui  non

**Réservé à la personne de confiance :**

Je, soussigné(e), certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance.

Fait à ..... le .....

**Je souhaite ne pas désigner une personne de confiance** : je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation, et dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

**Directives  
anticipées**

**Avez-vous rédigé des directives anticipées ?**  OUI  NON

**Je soussigné(e), autorise :**

- Les soins et traitements adéquats
- Les soins et traitements du Médecin d'astreinte en cas de nécessité

**Je soussigné(e), reconnais :**

- avoir reçu le Livret d'Accueil Patient de l'établissement
- qu'il m'a été donné une information claire et appropriée sur :
  - les différents actes médicaux, diagnostiques et/ou thérapeutiques
  - les précautions préalables et les risques éventuels y compris les risques exceptionnels
- avoir pu poser librement toutes les questions concernant les actes médicaux, diagnostiques et ou thérapeutiques.
- avoir été suffisamment informé(e) par le Médecin qui m'a adressé à Soins Assistance, le Dr ..... sur mon état de santé et la réflexion bénéfice-risque qui en découle.
- avoir compris :
  - que mon état de santé nécessite une prise en charge en Hospitalisation à Domicile (HAD)
  - qu'au cours des soins relatifs à cette prise en charge, vous pouvez vous trouver face à une maladie ou un événement imprévu imposant des actes et/ou des examens complémentaires ou différents de ceux prévus initialement et je vous autorise ainsi à effectuer tout acte et/ou examen que vous estimerez nécessaires dans ce contexte, y compris une transfusion si celle-ci s'avère indispensable

**Je, soussigné(e),**

- déclare ne pas ignorer que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle peut entraîner la nullité du contrat Médecin – Patient qui nous lie lors de cette prise en charge
- certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations portées sur le questionnaire médical, ceci avec l'aide éventuelle de mon médecin traitant si nécessaire
- certifie ne pas avoir dissimulé d'éléments nécessaires aux médecins pour apprécier les risques afin que ma prise en charge puisse être exécutée en toute sécurité

En conséquence, sur la base des informations et conseils reçus, j'accepte les traitements proposés en Hospitalisation à Domicile (HAD).

J'ai bien noté qu'à tout moment, je peux revenir sur ce consentement général.

Fait à ....., le .....

<p><b>Nom de naissance et signature du patient ou de son représentant (précédée de la mention « lu et approuvé »)</b></p>

<b>CAS PARTICULIER PATIENT MINEUR OU MAJEUR SOUS TUTELLE</b>	
<b>Nom et signature : père <u>et</u> mère<sup>(1)</sup> ou tuteur de l'enfant ou du majeur sous tutelle (précédée de la mention « lu et approuvé »)</b>	<b>Nom et signature du majeur sous tutelle</b>

Patient majeur sous tutelle dans l'impossibilité de signer

<sup>(1)</sup> La signature des deux parents est obligatoire lorsque l'autorité parentale est conjointe (enfant né de parents mariés ou né de parents non mariés mais reconnu par les deux parents dans sa première année)

## TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

Traitements en cours     Aucun traitement en cours

Si vous avez un traitement en cours, complétez le tableau ci-dessous, et n'oubliez pas de remettre **vos ordonnances de traitements de ville**.

Noms de vos médicaments et dosage	Forme <small>(comprimés, injectables...)</small>	Matin	Midi	Soir	Coucher	Autres*

\* cas particulier : autre modalité de prise de médicament (en cas de crise, 1 jour par semaine...)

Prenez-vous d'autres médicaments ou compléments alimentaires ? oui  non , si oui, précisez :

.....  
 .....  
 .....

### QUESTIONNAIRE MÉDICAL

**Important : ce questionnaire est indispensable pour votre prise en charge.  
Remplissez-le avec soin, avec l'aide de votre médecin traitant si vous le souhaitez.**

Poids : ..... Taille : ..... Variation de poids récente :  non  oui

Si oui : Prise de poids : ..... kg depuis : ..... / Perte de poids : ..... kg depuis : .....

**AVEZ-VOUS DÉJÀ PRÉSENTÉ DES ALLERGIES ? OUI  NON , si oui précisez :**

<input type="checkbox"/> Produits iodés <input type="checkbox"/> Alimentaires (précisez) : ..... <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Médicaments (précisez) : ..... <input type="checkbox"/> Antibiotiques (précisez) : .....	Types de réactions : <input type="checkbox"/> Eczéma <input type="checkbox"/> Rhume des foins <input type="checkbox"/> Urticaire <input type="checkbox"/> Œdème de Quincke <input type="checkbox"/> Intolérances (précisez) : ..... ..... <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : ..... .....
---	---

**MALADIES IMPORTANTES DANS VOTRE FAMILLE : OUI  NON , si oui précisez :**

<input type="checkbox"/> Hémophilie, maladie de Willebrand <input type="checkbox"/> Myopathie / Myotonie <input type="checkbox"/> Myasthénie	<input type="checkbox"/> Œdème Angio-Neurotique <input type="checkbox"/> Complication d'anesthésie	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) : ..... ..... .....
--	---	---

**AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ OPÉRÉ(E), ANESTHÉSIE(E), HOSPITALISÉ(E) ? OUI  NON**

Si oui, précisez pourquoi et quand :

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

### CARDIAQUES

Hypertension artérielle  oui  non

Infarctus, angine de poitrine  oui  non

Si oui, êtes-vous porteur de stent ?  oui  non

Varices, phlébite, embolie pulmonaire  oui  non

Artérite  oui  non

Troubles du rythme :  oui  non

Si oui :  Tachycardie  FA  Autres (précisez) :  
.....

### RESPIRATOIRES

Asthme  oui  non

Bronchite chronique  oui  non

Insuffisance respiratoire  oui  non

Apnées du sommeil  oui  non

Si oui, êtes-vous appareillé(e) ?  oui  non

### DIGESTIFS

Brûlures d'estomac  oui  non

Ulcère gastrique  oui  non

Hernie hiatale  oui  non

Troubles du transit  oui  non

Si oui :  Constipation  Diarrhée

Autres, précisez : .....

.....

### URINAIRES, RÉNAUX

Coliques néphrétiques  oui  non

Insuffisance rénale  oui  non

Dialyse  oui  non

Problème de prostate  oui  non

### GYNÉCOLOGIQUES

Nombre de grossesses : .....

Nombre d'accouchements : .....

Avez-vous eu une péridurale pour votre  
ou vos accouchement(s) ?  oui  non

Date des dernières règles : .....

Êtes-vous enceinte ?  oui  non

### DIVERS

Maladie de Willebrand  oui  non

Hémophilie  oui  non

Glaucome  oui  non

Hépatite B  oui  non

Hépatite C  oui  non

HIV  oui  non

### NEUROLOGIQUES

Migraines  oui  non

Épilepsie  oui  non

Accident ischémique transitoire (AIT)  oui  non

Si oui, séquelles ?  oui  non

Si séquelles, précisez : .....

.....

Accident vasculaire cérébral (AVC)  oui  non

Si oui, séquelles ?  oui  non

Si séquelles, précisez : .....

.....

Syndrome de dépression  oui  non

### ENDOCRINIENS

Diabète  oui  non

Si oui, traité par :  Régime  Comprimés  Insuline

Problème de thyroïde  oui  non

Cholestérol  oui  non

Triglycérides  oui  non

Autres, précisez : .....

.....

### TOXICOLOGIQUES

Tabac  oui  non

Si oui, combien : .....

Depuis quand ? .....

Avez-vous arrêté ?  oui  non

Si oui, depuis quand ? .....

Cigarette électronique  oui  non

Alcool, vin...  oui  non

Si oui, précisez : .....

Depuis quand ? .....

Avez-vous arrêté ?  oui  non

Si oui, depuis quand ? .....

Cannabis  oui  non

Si oui, précisez : .....

Autres stupéfiants  oui  non

Si oui, précisez : .....

### AUTRES MALADIES

oui  non

Si oui, précisez : .....

.....

.....

.....

.....

.....

**STATUT TRANSFUSIONNEL**

Avez-vous été transfusé(e) ? oui  non  , si oui, à quelle(s) date(s) ?

**Un bilan sérologique viral pourra être effectué durant votre hospitalisation en cas d'accident d'exposition au sang du personnel**, sauf avis contraire de votre part : VIH (*Virus de l'Immunodéficience Humaine ou virus du SIDA*), Hépatite B, Hépatite C. Autorisez-vous ce contrôle ? oui  non  , si non, motif :

**PORTEZ-VOUS DES PROTHÈSES ? OUI  NON**

Lentilles oui  non   
Prothèse dentaire oui  non   
Prothèse auditive oui  non   
Autres oui  non  , si oui, lesquelles ? .....

**Auriez-vous quelque chose à signaler qui ne soit pas précisé dans ce questionnaire ?**

.....  
.....  
.....  
.....

**Je, soussigné(e),  
atteste de l'exactitude et de  
l'exhaustivité des informations  
mentionnées dans la rubrique  
« Questionnaire-Patient »  
pages 4 à 6**

**Nom de naissance et signature du patient  
ou de son représentant**



**Je, soussigné(e), atteste :**

- de l'exactitude des informations mentionnées et signées dans ce « Livret d'Entrée Patient », que je remettrai impérativement au Responsable de Soins le jour de ma prise en charge et qui sera archivé dans mon dossier médical
- avoir pris connaissance des informations suivantes contenues dans le « Livret d'Information Patient » qui m'a été remis, et que je dois conserver :

**Informations complémentaires pour vous aider à renseigner le « Livret d'Entrée Patient » :**

- Identification du patient
- Protection juridique des majeurs protégés
- Titulaires de l'autorité parentale pour un patient mineur
- Désignation Personne de confiance / Personne à prévenir
- Directives anticipées
- Consentement éclairé – HOSPITALISATION A DOMICILE
- Questionnaire patient
- Traitement médicamenteux

**Informations complémentaires en vue de votre HAD :**

- Alimenter et consulter le Dossier médical partagé (DMP)
- Accès à votre dossier médical
- Programme de Médicalisation du Système d'Information
- Informations concernant la lutte contre la douleur
- Cas particulier de l'allergie au Latex
- Information sur la prévention des chutes
- Recherche biomédicale
- Don d'organes et de tissus
- Principe de laïcité

**Engagement du patient Hospitalisé À Domicile**

Fait à .....

Le .....

**Nom de naissance et signature du patient ou de son représentant  
(précédée de la mention « lu et approuvé »)**



**Nous vous remercions du temps consacré à la prise de connaissance des nombreuses informations de ce livret, indispensable à la qualité et la sécurité de votre prise en charge dans notre établissement, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).**