**Accord de prise en charge en HAD**

Confirmant l’entretien au cours duquel le Dr …………………………………… a accepté la prise en charge par l’établissement d’hospitalisation à domicile de son patient (e)

**NOM**………………………………………………….

**Prénom**……………………………………………..

**A compter du** …………/………… /…………

Le médecin traitant est choisi librement par le malade.

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

* L'hospitalisation à domicile ne peut se réaliser qu'avec son accord,
* Il réévalue, avec l'équipe d'HAD, l'état de santé du patient et adapte les prescriptions en fonction de son évolution,
* Il décide de l'hospitalisation en milieu hospitalier traditionnel, si nécessaire.

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

**Ci-joint notre adresse sécurisée :** [**hadeureseine**](mailto:hadeureseine@hadfrance.mssante.fr)**@hadfrance.mssante.fr**