

## 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 coordonnateur

Ci-joint notre adresse sécurisée : [had.lozere@medical48.apicrypt.org](mailto:had.lozere@medical48.apicrypt.org)

[www.hadfrance.fr](http://www.hadfrance.fr)

2 Traverse Jean de la Fontaine - 48000 Mende - Tél : 04 66 94 39 30 - Fax : 04 66 47 66 80 - [hadlozere@hadfrance.fr](mailto:hadlozere@hadfrance.fr)