

*SERVICE D'HOSPITALISATION A DOMICILE*

Médecin Coordonnateur Dr Sandrine CARO : 04 92 18 36 10

Cadre de Santé Mme Anne AUBERT : 04 93 69 72 66

Secrétariat: Tél. : 04.93.69.72.68 Fax. : 04 93 69 75 97

**ATTESTATION MEDECIN TRAITANT**

Jeudi 12 janvier 2023

Je soussigné ....., atteste avoir pris connaissance des conditions de l'hospitalisation à domicile de Monsieur .....né le .....

L'activité d'hospitalisation à domicile a pour objet d'assurer au domicile du patient, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes.

Je confirme mon accord au protocole de soins pluri professionnel défini par le médecin coordonnateur du service d'hospitalisation à domicile. Je suis informé que je reste en tant que médecin traitant (ou médecin désigné par le patient) le référent médical du patient pendant le séjour en coordination avec le praticien HAD. J'informe le service d'hospitalisation à domicile de mon remplaçant en cas d'absence.

Je suis informé que lorsque le médecin traitant, ou à défaut le médecin désigné par le patient, n'est pas en mesure d'assurer, par une intervention au domicile, la continuité des soins dans les conditions et délais requis par l'évolution de la situation du patient, cette continuité est assurée, y compris en matière de prescription, par le médecin praticien HAD. En cas d'indisponibilité du médecin ou lorsque l'urgence de la situation le justifie, le patient peut être pris en charge sans que l'accord du médecin traitant, ou du médecin désigné par le patient, ait été recueilli. Dans ce cas, le médecin praticien d'hospitalisation à domicile est désigné référent de la prise en charge. Il en informe le médecin et en fait mention dans le dossier du patient.

Je m'engage à accepter d'être rémunéré par le centre hospitalier en remplissant la note d'honoraires à chacun de mes passages lors de l'hospitalisation à domicile.

**Signature**