

Lettre d'information et de recueil de consentement du patient à l'administration de son traitement médicamenteux systémique du cancer en hospitalisation à domicile

Madame, Monsieur,

Votre médecin hospitalier vous a proposé de bénéficier de votre traitement anticancéreux injectable à domicile.

Cette lettre a pour but de vous expliquer les modalités de ce type de prise en charge.

La prise en charge est réalisée par une structure de type Hospitalisation A Domicile (HAD) assurant l'ensemble du parcours à domicile : la coordination, l'organisation, la réalisation et le suivi des soins. L'HAD respecte la réglementation nationale en vigueur.

Votre médecin hospitalier continue à vous accompagner afin de s'assurer du bon déroulement et de la bonne tolérance du traitement.

Le traitement est **le même** que celui réalisé en hospitalisation. **Les effets secondaires sont identiques et vous ont été détaillés par votre médecin hospitalier.**

Le traitement est préparé par la pharmacie de l'hôpital dans les mêmes conditions de qualité et de sécurité que lorsque vous venez en hôpital de jour.

Votre prise en charge est coordonnée par l'équipe d'HAD.

Le médecin contrôle les critères afin de valider l'administration du traitement à domicile.

Avant chaque administration du traitement, l'infirmier de l'HAD réalise un bilan clinique et éventuellement biologique.

Le jour J, l'infirmier de l'HAD, formé à ce type de soins, administrera ce traitement à votre domicile. Il triera les déchets de soins produits dans un contenant adapté et identifié. Il s'assurera que tout va bien avant de quitter votre domicile.

Pour le bon déroulé de votre prise en charge, les équipes soignantes, de l'hôpital et de l'HAD, vont échanger régulièrement des informations médicales vous concernant.

Je soussigné(e) M., Mme, reconnaît avoir pris connaissance des informations ci-dessus et accepter l'administration de mon traitement anticancéreux injectable en hospitalisation à domicile.

Je donne mon accord à la communication des informations médicales me concernant à tous les professionnels de santé impliqués dans ma prise en charge à domicile.

Je suis informé(e) que je peux retirer cet accord à tout moment et, ce, quelle qu'en soit la raison en l'indiquant aux équipes médicales de l'HAD ou de l'établissement.

Fait à
le / /

Signature

