

Consentement du patient en auto administration de ses médicaments

Nom et prénom du patient :

N° INS :

Je souhaite gérer moi-même ou avec l'appui d'un proche (aidant) la prise des médicaments délivrés selon la prescription médicale, pendant ma prise en charge en Hospitalisation A Domicile (HAD).

J'ai répondu aux questions de l'équipe médicale sur mon traitement au domicile :

- vous arrive-t-il d'oublier certains jours de prendre votre traitement ?
- vous arrive-t-il de manquer de médicaments ?
- vous arrive-t-il de ne pas respecter les heures de prise ?
- vous arrive-t-il de ne pas prendre tous vos médicaments ?
- vous arrive-t-il de ne pas prendre votre traitement ?
- pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?

Je m'engage à respecter les bonnes pratiques :

- je sais pourquoi je prends mes médicaments
- je sais m'adapter à un changement de nom ou d'apparence (couleur, forme) d'un générique
- je sais que je ne dois pas prendre d'autres médicaments que ceux prescrits par le médecin
- je respecte les heures de prise, les doses et la durée du traitement prescrit
- je sais ouvrir les emballages des médicaments ou je demande une aide en cas de difficultés
- je sécurise mes médicaments selon les modalités convenues avec l'infirmière de l'HAD
- je signale à l'infirmière, lors de son passage, les médicaments non pris ou oubliés et toute autre difficulté (ouvrir l'emballage, avaler le médicament, problème de stockage)
- j'alerte l'infirmière en cas de réactions éventuelles lors de la prise du traitement (nausées, vertiges, bouffées de chaleur, allergies...)
- j'ose poser des questions au médecin en cas de doute ou d'interrogations

À tout moment, et en fonction de mon état, cet accord peut prendre fin :

- à ma demande après en avoir parlé avec l'équipe soignante
- à l'initiative de l'équipe à la suite des réévaluations sur la gestion des médicaments

L'équipe médicale est favorable à la gestion des médicaments telle que nous l'avons défini ensemble.

Elle donne toutes les explications sur les médicaments prescrits (raison du traitement, plan de posologies et effets indésirables).

Fait à :

Date :

Signature patient :