



ACCORD MEDICAL POUR LA PERMANENCE DES SOINS

ACCORD DU MEDECIN TRAITANT (A compléter par le médecin traitant lors de la prise en charge initiale du patient en HAD)

Je soussigné, donne mon accord pour que les soignants de l'HAD Bagatelle, contactent préférentiellement en cas d'urgence :

- Moi-même : Cabinet médical : 05.
 Portable : 06.....
- Le centre 15
- S.O.S Médecins* : 05.56.44.74.74
- Autre (préciser) :

En mon absence ou en cas d'indisponibilité, les soignants doivent contacter :

- le centre 15
- S.O.S Médecins*
- Autre (préciser) :

* sous réserve que le domicile du patient soit dans leur territoire d'intervention.

Date :

Signature et Cachet du médecin:

ACCORD MEDICAL DE PRISE EN CHARGE EN HOSPITALISATION A DOMICILE

ACCORD DU MEDECIN TRAITANT (A compléter par le médecin traitant en cas de prescription hospitalière d'HAD)

Je soussigné, donne mon accord pour être le médecin référent de l'HAD de M....., à compter du

J'ai pris connaissance de la note « Prise en charge en HAD/Informations au médecin traitant » et j'en accepte les termes.

Date :

Signature et Cachet du médecin: