Formulaire de consentement OPAT

# Destiné au patient ou à son représentant légal :

Je, soussigné........................................................................................................... confirme que dans le cadre de l'OPAT (Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy):

* J’ai été informé dans un langage compréhensible de tous les éléments pertinents de cette thérapie à domicile : objectif, nature et durée du traitement, coût estimé, effets secondaires possibles, coordonnées en cas d'urgence, instructions de conservation des médicaments et mes responsabilités en tant que patient.
* J'accepte d'être présent à l'hôpital aux heures convenues pour les consultations de suivi, les prises de sang, le retrait des cathéters, etc. En outre, le médecin peut me demander de venir à l'hôpital à tout moment.
* Je renverrai les médicaments non administrés à la pharmacie de l'hôpital. Je suis conscient(e) que les médicaments et le matériel ne seront retournés à la pharmacie de l'hôpital que pour être détruits. Les médicaments et le matériel déjà livrés ne peuvent en aucun cas faire l'objet d'un remboursement.
* Je suis informé(e) que je peux poursuivre mon traitement à l'hôpital à tout moment.
* Je consens à la collecte, au traitement et à l'utilisation de mes données médicales. Mes données médicales resteront strictement confidentielles.

## Récupérée de …./…/…. à Renaix Signature du patient

## Récupérée de …./…/…. à Renaix Signature du médecin