

**Lettre d'information et de consentement du patient**

Madame, Monsieur,

Votre médecin vous a proposé de réaliser votre traitement anticancéreux injectable à **domicile**.

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

Le traitement est **le même** que celui réalisé en hospitalisation.

**Les effets secondaires sont identiques et vous seront détaillés par le médecin hospitalier référent.** Des ordonnances vous seront remises à cette occasion.

**A domicile**, l'injection est réalisée par un Infirmier Diplômé d'État formé à ce type de soins.

En fonction du protocole, certaines administrations se feront toujours en Hospitalisation de Jour, dans l'établissement de référence.

Afin de s'assurer du bon déroulement du traitement et de répondre à vos éventuelles questions, vous continuerez à venir à l'hôpital pour une **consultation avec votre médecin hospitalier référent de manière régulière et définie en fonction du protocole de traitement**.

Votre suivi clinique et biologique ainsi que l'administration et la surveillance post-administration seront réalisés dans les mêmes conditions de sécurité et de qualité qu'à l'hôpital.

Un **dossier de liaison** va vous être remis par votre médecin hospitalier référent, **vous devrez le présenter à tous les professionnels de santé** intervenant dans votre prise en charge à domicile.

- Vous êtes libre d'accepter ou de refuser ce système de prise en charge et de vous retirer du système si tel est votre désir
- A tout moment, vous pourrez demander des renseignements complémentaires aux professionnels de santé vous prenant en charge

Je soussigné(e) Mr, Mme, Melle .....

Né(e) le ..../...../.....

Demeurant .....

reconnait avoir pris connaissances des informations ci-dessus et accepte le mode de prise en charge proposé.

A ....., le.....,

Signature :