

ATTESTATION D'INFORMATION ET ENGAGEMENTS USAGER

Dans le cadre de votre prise en charge, la société PN'P SOINS s'engage à vous remettre les documents suivants afin de garantir la bonne utilisation et compréhension du matériel installé ainsi que les consignes de sécurité et de garanties.

Je soussigné(e)

Demeurant à

Suite à la réalisation de la prestation, j'atteste sur l'honneur :

- Avoir pleinement connaissance de mes droits en tant qu'usager par la présentation et la signature de la charte des droits de l'usager et sur le "libre choix du patient".
- Avoir pris connaissance de la Charte éthique du prestataire
- Avoir pleinement connaissance de mes droits en tant qu'usager sur la Protection des données et sur la politique appliquée par le prestataire ;
- Avoir reçu une formation sur le(s) dispositif(s) médical(aux) installé OU qu'au moins une personne de mon entourage a été formé par le prestataire ;
- Avoir reçu la notice d'utilisation et un document d'information du dispositif médical installé reprenant le mode d'emploi, l'adresse et le numéro de téléphone du prestataire, ainsi que des explications concernant la sécurité, l'entretien et la désinfection du dispositif médical
- Être informé sur la possibilité qu'à le prestataire d'échanger avec les équipes pluridisciplinaires, d'avoir la possibilité de s'opposer à ces échanges selon les termes de l'article L10110-4 du code de la santé publique
- Avoir reçu du matériel propre et en état de fonctionnement lors du départ du prestataire
- Avoir reçu une information concernant les réparations des produits à la location, sur le numéro d'astreinte 09.53.95.18.40, les informations de matériovigilance ou de maintenance préventive
- Donner mon consentement à la réalisation de la prestation par le prestataire
- Avoir reçu l'information sur la gestion de la reprise du matériel lors de la fin de la location
- Avoir reçu l'information sur la gestion des déchets qui incombent à son producteur (infirmier libéral) qui effectue les soins.

Autres personnes ayant reçu les informations :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Le prestataire :

L'usager :