

LE CONTRAT DE SOINS

NOM :

Prénom :

IT-CAP5-1

Je m'engage à :

- participer activement à toutes activités du service et à suivre le plan de traitement personnalisé.
- rendre les questionnaires en temps demandé.
- respecter le règlement intérieur.
- me soumettre aux contrôles éventuels : alcootests, prises de sang, prélèvements d'urine, en sachant qu'un refus de ma part équivaut à un contrôle positif.
- respecter les horaires, les règles de permission, les sorties et visites.
- ne pas consommer ni boisson alcoolisée, ni produit illicite, ni médicament en dehors de la prescription médicale (délivrée par le personnel du service).
- Par ma discrétion, à respecter le personnel et les autres patients sachant que des témoignages personnels sont exprimés en groupe.

Le personnel soignant s'engage à :

- M'accompagner dans ma démarche de soins.
- M'écouter et m'aider dans la limite de son temps de travail et selon sa disponibilité.
- A garder le secret professionnel tout en partageant avec l'équipe votre accompagnement.

Ce contrat de soins permet l'établissement de relations responsables basées sur la confiance et l'entraide.

Toute rupture d'une des clauses du contrat pourra signifier l'interruption immédiate du séjour dans le service.

Fait le :

Lu et approuvé

NOM et Prénom du patient:

.....

Signature du patient :

NOM et Prénom du membre de l'équipe :

.....

Signature du membre de l'équipe :