Engagement pour l’auto-administration du patient diabétique pendant l’hospitalisation

Je soussigné(e)…………………………… accepte de gérer la prise en charge de mes médicaments pour mon diabète, soit la surveillance de la glycémie et ajustement de l’insuline durant mon hospitalisation ………………. après concertation avec l’équipe ; cette décision médicale est prise à la suite d’une évaluation de mon état de santé et de mes compétences. Cette décision sera rediscutée régulièrement avec l’équipe ; mes compétences et mon accord seront suivis régulièrement, ainsi que le respect de la prise de mes médicaments.

**Je suis d’accord pour :**

* Garder mes médicaments en sécurité et inaccessibles aux autres patients, selon les conditions prévues par le service
* Vérifier ma glycémie régulièrement et noter les résultats
* Enregistrer la dose d’insuline prise et mettre l’information à la disposition du personnel soignant
* Si pour quelque raison que ce soit, je suis incapable de prendre des décisions concernant mon diabète, je me retire du dispositif afin que l’infirmière en assure la gestion à ma place jusqu’à ce que je sois en mesure de reprendre l’auto-administration

 Date : ………./………/……………. Signature :