

CONSENTEMENT À LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DANS LE CADRE DU RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS POUR LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE

Je soussigné(e), _____, comprends :

- que le réseau de services intégrés (RSI) regroupe un ensemble de partenaires qui offrent des services et des soins sur mon territoire (mentionnés à la page suivante);
- que les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) regroupent plusieurs installations qui offrent des services sociaux et de santé sur un même territoire;
- que ma demande de services (ou celle de mon enfant ou de mon proche) sera discutée par l'équipe du guichet d'accès du territoire de mon CISSS ou de mon CIUSSS;
- que l'équipe du guichet d'accès est composée d'intervenants qui peuvent provenir de CISSS ou de CIUSSS différents;
- qu'il est nécessaire de transmettre des renseignements, me concernant ou concernant mon enfant ou mon proche, pour analyser ma demande de services et orienter les soins, les interventions et les services requis pour répondre à mes besoins psychosociaux, d'adaptation et de réadaptation (mentionnés à la page suivante);
- que ces renseignements me concernant sont conservés de façon sécuritaire;
- que seul le personnel autorisé c'est-à-dire les référents et les partenaires impliqués (mentionnés à la page suivante), peuvent être rejoints par les intervenants des guichets d'accès pour préciser ma demande;
- que ce consentement est valide pour une durée de 6 mois à partir de la date de signature.

Je certifie:

- avoir pris connaissance (seul ou avec aide) et compris le présent formulaire de consentement;
- avoir eu l'occasion de poser toutes mes questions et obtenu des réponses satisfaisantes;
- être libre d'accepter la communication de renseignements personnels me concernant entre les partenaires du Réseau de Services Intégrés (RSI).

Je confirme que toute l'information contenue dans ce formulaire a été inscrite avant que je signe

N° de dossier	
---------------	--

Pour répondre à ma demande de service

Par ma signature, j'autorise la communication de renseignements me concernant dans le but d'orienter les soins, les interventions et les services requis par mon état de santé et mes besoins psychosociaux. Cette autorisation est accordée au Réseau de services intégrés pour les personnes ayant une déficience du territoire

du CISSSS/CIUSSS: _____ et sera révisée le : _____
Année/mois/jour

Signature

Nom (en lettres moulées)

Date

Heure

Adresse du signataire

Code postal

Ind. Rég

N° de telephone

Pour répondre à la demande de service de mon enfant ou de mon proche

Par ma signature, j'autorise la communication de renseignements concernant : _____
Nom, Prénom

dans le but d'orienter les soins, les interventions et les services requis par mon état de santé et mes besoins psychosociaux. Cette autorisation est accordée au Réseau de services intégrés pour les personnes ayant une déficience du territoire du CISSSS/CIUSSS: _____ et sera révisée le: _____

Année/mois/jour

Signature

Nom (en lettres moulées)

Date

Heure

Adresse du signataire

Code postal

Ind. Rég

N° de telephone

Section à compléter par le referent ou le témoin (si nécessaire)

J'ai expliqué le présent formulaire de consentement et j'ai répondu aux questions qu'on m'a posées.

Signature de la personne qui obtient le consentement

Nom de la personne qui obtient le consentement

Renseignements personnels pouvant être nécessaires au RSI :

- Données sociodémographiques (p. ex. nom, adresse)
- Antécédents médicaux (p. ex. diagnostics, maladies)
- Résultats d'examen diagnostiques (p. ex. radiographies)
- Profil pharmacologique (p. ex. tous les médicaments)
- Demandes de services (p. ex. services de soutien à domicile)
- Rapports d'évaluation et de consultation (p. ex. rapport de physiothérapie, rapport de l'orthophoniste)
- Plan d'intervention (PI, PII)
- Plan de services (PSI) (document énonçant les besoins, les orientations, les services prodigués, etc.)
- Notes d'évolution (notes permettant de suivre l'état de la personne)
- Outil d'évaluation multiclientèle (OEMC)

Partenaires du RSI pouvant être interpellés :

Le RSI de mon territoire a pour partenaires l'ensemble des établissements et organismes établis sur mon territoire qui ont conclu une entente avec le (CISSS/CIUSSS) ou qui en concluront une pendant la durée de validité de mon consentement, soit :

- Autre CISSS/CIUSSS
- Établissement non fusionné
- Centre hospitalier
- Clinique médicale
- Professionnel en pratique privée
- Groupe de médecine familiale (GMF)
- Pharmacie communautaire
- Organisme communautaire
- Entreprise d'économie sociale en aide domestique (EÉAD)
- École
- Service de garde
- Ressources intermédiaires (RI) et Ressources de type familiale (RTF)
- Résidence pour personnes âgées (RPA)
- Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
- Autres : _____