

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

Je soussigné(e), _____ en ma qualité de _____ comprends:
Nom et prénom Usager/parent/représentant

- 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;
- que ce consentement est valable pour toutes les demandes d'accès aux services des partenaires du RSI;
- qu'il est nécessaire de transmettre des renseignements écrits et verbaux, 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 2 ans 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 et de révoquer 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.

Par ma signature, j'autorise la communication de renseignements me concernant (ou concernant celle de mon enfant ou de mon proche) dans le but d'orienter les soins, les interventions et les services requis par mon état de santé et mes besoins psychosociaux ou ceux de la personne que je représente. Cette autorisation est accordée au Réseau de services intégrés pour les personnes ayant une déficience, du territoire du CISSS/CIUSSS: _____

Signature de l'utilisateur Ou	Nom (en lettres moulées)	Date	Heure
---	--------------------------	------	-------

Pour la communication de renseignements concernant : _____
Nom (en lettres moulées)

Signature du parent ou du proche ou	Nom (en lettres moulées)	Date	Heure
---	--------------------------	------	-------

Signature du représentant ou	Nom (en lettres moulées)	Date	Heure
--	--------------------------	------	-------

Signature du témoin (si nécessaire)	Nom (en lettres moulées)	Date	Heure
-------------------------------------	--------------------------	------	-------

Veillez noter qu'une seule signature est nécessaire.

Renseignements personnels à transmettre si présents

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Données sociodémographiques (p. ex. nom, adresse) | <input checked="" type="checkbox"/> Plan d'intervention de la dernière année (PI, PII) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Antécédents médicaux (p. ex. diagnostics, maladies) | <input checked="" type="checkbox"/> Plan de services de la dernière année (PSI) (document énonçant les besoins, les orientations, les services prodigués, etc.) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Résultats d'exams diagnostiques (p. ex. radiographies) | <input checked="" type="checkbox"/> Outil d'évaluation multiclientèle récent (OEMC) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Profil pharmacologique (p. ex. tous les médicaments) | <input checked="" type="checkbox"/> Outil de cheminement clinique informatisé récent (OCCI) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Demandes de services antérieures - deux dernières années (p. ex. services de soutien à domicile) | <input checked="" type="checkbox"/> Plan de services individualisés et d'allocation de services récent (PSIAS). |
| <input checked="" type="checkbox"/> Rapports d'évaluation et de consultation (p. ex. rapport de physiothérapie) | |

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