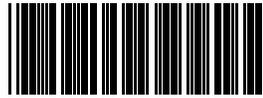


# FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (CHSLD)



DT9110

1. Consentement général
2. Consentement à des examens ou traitements particuliers
3. Refus de subir un examen ou un traitement particulier
4. Départ sans congé

**N.B. : On doit s'assurer que les signataires du formulaire sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Et le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur) la personne est autorisée à signer.**

N° de dossier :

Date d'admission :

## 1- CONSENTEMENT GÉNÉRAL (à remplir lors de l'admission ou de l'inscription)

Nom de l'établissement \_\_\_\_\_  
J'autorise les médecins, dentistes, les intervenants contractuelles et intervenants contractuels ou employés et employés de l'établissement à me dispenser des soins et services dans le cadre du programme

(hébergement et soins de longue durée (permanents ou temporaires) pavillon, résidence d'accueil, centre de jour, hôpital de jour, réadaptation fonctionnelle intensive...)

pour une durée de \_\_\_\_\_  
(indéterminée, nombre de jours, semaines, mois anticipés,...)

J'autorise également les pharmaciens qui exercent leur profession dans les pharmacies communautaires ayant accès à mon profil pharmacologique à faire parvenir à l'établissement de santé le contenu de ce profil ainsi que toute autre information jugée pertinente qui permettra à l'équipe traitante dudit établissement d'assurer de façon optimale le suivi de mon état de santé. De plus, j'autorise l'établissement ainsi que les médecins ou dentistes traitants ou consultants à fournir au ministère de la Santé et des Services sociaux les renseignements nécessaires sur la présente admission ou inscription, et à la Régie de l'assurance maladie du Québec, les renseignements nécessaires pour exercer les recours prévus à l'article 78 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives et à l'article 151 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones, cris et inuit. Les renseignements transmis au MSSS et à la RAMQ sont régis par la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels et par la Loi sur l'assurance maladie.

Date	Année	Mois	Jour	Signataire : usager ou personne autorisée	Témoin à la signature
------	-------	------	------	---	-----------------------

## 2- CONSENTEMENT À DES EXAMENS OU TRAITEMENTS PARTICULIERS

J'autorise le docteur \_\_\_\_\_ à me faire subir l'examen  
ou le traitement suivant : \_\_\_\_\_

Description de l'examen ou du traitement

Je reconnais que le médecin ou dentiste traitant m'a expliqué la nature et les risques ou effets possibles de cet examen ou traitement.

Date	Année	Mois	Jour	Signataire : usager ou personne autorisée	Témoin à la signature
------	-------	------	------	---	-----------------------

## 3- REFUS DE SUBIR UN EXAMEN OU UN TRAITEMENT PARTICULIER

Je refuse de subir l'examen ou le traitement suivant : \_\_\_\_\_  
Description de l'examen ou du traitement

Cet examen ou ce traitement m'a été recommandé par : \_\_\_\_\_  
Nom du médecin ou du dentiste responsable

Je reconnais avoir été informé des risques ou des conséquences que peut entraîner mon refus de subir l'examen ou le traitement qui m'a été recommandé.

Date	Année	Mois	Jour	Signataire : usager ou personne autorisée	Témoin à la signature
------	-------	------	------	---	-----------------------

## 4- DÉPART SANS CONGÉ

Je déclare quitter cet établissement de ma propre initiative, sur ma demande et contre l'avis des médecins ou dentistes traitants; je dégage donc l'établissement, son personnel et les médecins ou dentistes traitants de toute responsabilité découlant d'un tel départ.

Date	Année	Mois	Jour	Signataire : usager ou personne autorisée	Témoin à la signature
------	-------	------	------	---	-----------------------