



DT9185

**Communication des renseignements personnels
dans le cadre du Réseau de services intégrés
pour les personnes âgées (RSIPA)**

RÉVOCATION DU CONSENTEMENT

Je soussigné(e), _____, révoque le consentement que j'ai antérieurement donné relativement à 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 aux partenaires du *Réseau de services intégrés pour les personnes âgées* (RSIPA) du territoire du centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou du centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) _____.

Je comprends que, à partir de _____ *année/mois/jour*, aucun des renseignements me concernant (mentionnés à la page suivante) ne sera communiqué à l'extérieur de l'établissement où je fais l'objet de soins, d'interventions et de services.

Je comprends que les renseignements me concernant qui ont déjà été communiqués avec mon consentement aux partenaires du Réseau m'ayant rendu des services de santé ou des services sociaux à la date de révocation de mon consentement continueront d'être accessibles à ces mêmes partenaires, mais seulement à ceux-ci.

Je comprends que seul un nouveau consentement écrit de ma part pourra annuler cette révocation.

Je confirme avoir eu l'occasion de poser toutes mes questions et obtenu des réponses satisfaisantes.

Signature	Nom (en lettres moulées)	Date	Heure
Adresse du signataire	Code postal	Ind. rég.	N° de téléphone

J'ai expliqué le présent formulaire de révocation du consentement et j'ai répondu aux questions qui m'ont été posées.

Signature de la personne qui obtient la révocation du consentement	Nom de la personne qui obtient la révocation du consentement
--	--

<p>Renseignements personnels nécessaires au RSIPA :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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'orthopédiste) • 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) • Outil de repérage (Prisma 7 ou ISAR) • Plan d'intervention (PI, PII) 	<p>Partenaires du RSIPA :</p> <p>Le RSIPA de ma région a pour partenaires l'ensemble des établissements et organismes établis dans ma région qui ont conclu une entente avec le CISSS/CIUSSS) _____ ou qui en concluront une pendant la durée de validité de mon consentement, soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD); • Cliniques médicales; • Groupes de médecine familiale (GMF); • Pharmacies communautaires (nommer tous les partenaires potentiels); <p>_____</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisme communautaire; • Entreprise d'économie sociale en aide domestique (EÉ SAD); • Résidences pour personnes âgées (RPA); • Autres : _____ <p>En raison de leur proximité géographique, d'autres CISSS/CIUSSS les établissements non fusionnés ou organismes suivants ont aussi conclu des ententes avec le CISSS/CIUSSS</p> <p>_____ :</p> <p>(nommer tous les partenaires « spéciaux » hors CISSS/CIUSSS).</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	--