



DT9169

CONSENTEMENT À LA PARTICIPATION AU PROGRAMME ALIMENTAIRE QUÉBÉCOIS POUR LE TRAITEMENT DE MALADIES MÉTABOLIQUES HÉRÉDITAIRES

Date de naissance Année Mois Jour			N° de chambre	N° de dossier
Nom et prénom à la naissance				
Nom usuel ou nom du conjoint				
Adresse				
Code postal		Téléphone ind. rég.		Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
N° d'assurance maladie			Nom du médecin traitant	

Le **Programme alimentaire québécois pour le traitement de maladies métaboliques héréditaires** vise à financer l'achat de produits nutritionnels thérapeutiques nécessaires au traitement de maladies métaboliques héréditaires. Il a pour objectif principal d'assurer aux personnes atteintes de ces maladies et nécessitant un régime restreint en protéines, en lipides ou en glucides (participants au programme), l'accès aux produits qui leurs sont prescrits, et ce, peu importe leur région sociosanitaire de résidence.

Le Programme a également pour objectif d'éviter aux participants et à leurs familles d'avoir à assumer un fardeau financier supplémentaire.

Afin de pouvoir vous donner accès aux produits dont vous avez besoin, certains renseignements vous concernant devront être communiqués à divers intervenants impliqués dans le Programme. Si vous désirez participer au Programme, vous devez prendre connaissance du présent formulaire et le remplir.

En participant au Programme, des renseignements vous concernant seront transmis aux intervenants suivants :

1. À l'établissement responsable du Programme alimentaire québécois pour le traitement de maladies métaboliques héréditaires afin d'assurer le suivi administratif et médical;
2. À la personne responsable d'assurer la distribution des produits nutritionnels thérapeutiques dans votre établissement local de santé et de services sociaux;
3. À l'entreprise qui fournit les produits afin d'assurer leur acheminement. Dans ce cas, seuls les renseignements précédés d'un astérisque (*) seront transmis à l'entreprise.

Si vous acceptez de participer au programme, votre consentement pourra être révoqué en tout temps. De la même façon, si vous refusez, vous pourrez décider en tout temps de revenir sur votre décision et de donner votre consentement. Il suffira alors de communiquer avec votre centre de diagnostic et de traitement.

Soyez assurés que tous ces renseignements seront traités de façon confidentielle.

Renseignements				
Les renseignements vous concernant qui seront transmis aux fins du Programme alimentaire québécois pour le traitement de maladies métaboliques héréditaires sont les suivants :				
* Nom et prénom du (ou de la) participant(e)	* Date de naissance	Année	Mois	Jour
				Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
* Diagnostic				
Adresse de résidence du (ou de la) participant(e), ville, code postal			Ind. rég.	N° de téléphone
Nom et prénom du titulaire de l'autorité parentale, tuteur, mandataire ou curateur				
Adresse de résidence du titulaire de l'autorité parentale, tuteur, mandataire ou curateur			Ind. rég.	N° de téléphone
Centre de diagnostic et de traitement (suivi médical)		* Région sociosanitaire de l'établissement de santé local		
* Adresse de l'établissement de santé local (lieu de livraison), ville, code postal				
Consentement				
<input type="checkbox"/> Je consens à participer au Programme alimentaire québécois pour le traitement de maladies métaboliques héréditaires, comprends et accepte que les renseignements apparaissant au présent formulaire seront communiqués aux intervenants du Programme mentionnés plus haut.				
Signature	(participant(e), titulaire de l'autorité parentale, tuteur, mandataire ou curateur)		Date	Année
				Mois
				Jour