



Nom et prénom du patient			
N° d'assurance maladie		Date de naissance	
		Année	Mois Jour
Adresse (N°, rue)			
Ville			
Code postal	Ind. rég.	Téléphone	Sexe
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AU PARTAGE ET À LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS SUR L'USAGER

CONSENTEMENT AU PARTAGE DE CERTAINS RENSEIGNEMENTS DE SANTÉ ME CONCERNANT

Au fin du présent formulaire, le terme professionnel de la santé inclut le médecin ou l'infirmière praticienne spécialisées (IPS).

Je soussigné(e), _____, donne l'autorisation aux personnes suivantes d'accéder aux renseignements et aux documents contenus dans mon dossier médical lorsque ces renseignements et ces documents sont nécessaires pour leur permettre de me prodiguer les soins de santé et les services sociaux requis par mon état de santé :

- les médecins et les autres professionnels de la santé et des services sociaux (tels que les infirmières, infirmière praticienne spécialisée, les travailleurs sociaux, etc.) de la clinique médicale ou la clinique d'IPS _____ dans laquelle mon professionnel de la santé exerce;
- le cas échéant, les médecins et les autres professionnels de la santé et des services sociaux des autres cliniques faisant partie du même groupe de médecins de famille (ou de la même clinique IPS) que mon professionnel de la santé, soit les cliniques indiquées sur le Portail santé mieux-être du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le présent consentement est valide tant et aussi longtemps que j'aurai recours aux services de la clinique ci-haut mentionnée. Je comprends également que je ne suis pas obligé(e) de donner ce consentement et que je peux le retirer par écrit en tout ou en partie, et ce, en tout temps. Je reconnais avoir lu et compris l'information présentée dans ce formulaire et avoir obtenu, le cas échéant, les explications nécessaires à sa compréhension.

Personne assurée Mère ou père Tuteur Mandataire Curateur

Signature _____

Date

Année	Mois	Jour

CONSENTEMENT À LA COMMUNICATION DE CERTAINS RENSEIGNEMENTS DE SANTÉ ME CONCERNANT

Je soussigné(e), _____, comprends que certains professionnels de la santé et des services sociaux qui rendent des services de santé ou des services sociaux (infirmières, infirmière praticienne spécialisée, travailleurs sociaux, etc.) au sein du groupe de médecins de famille (GMF) dont fait partie mon professionnel de la santé sont des employés d'un établissement du réseau de la santé et des services sociaux, soit le _____ (ci-après l'« établissement »).

Pour cette raison, il est possible que cet établissement demande à mon professionnel de la santé, de façon ponctuelle, la communication de certains renseignements ou documents versés par un tel professionnel dans mon dossier médical afin de s'assurer de la qualité et de la bonne coordination des services. Il est également possible que cet établissement demande la communication de certains renseignements consignés dans mon dossier par d'autres professionnels, dont le professionnel de la santé, s'ils sont nécessaires pour évaluer la qualité des services rendus par le professionnel concerné. Les renseignements pouvant être demandés par l'établissement sont les suivants :

- Notes de suivi ou de consultation d'un professionnel ou d'un médecin ou d'une IPS;
- Plans d'intervention d'un professionnel;
- Feuille sommaire de suivi au GMF ou à la clinique IPS, incluant le profil pharmacologique.

Je comprends que, dans tous les cas, la demande de l'établissement sera appuyée par une autorisation signée par son directeur des services professionnels qui fera état des éléments suivants :

- l'identité du professionnel concerné par la demande;
- l'objet spécifique de la demande;
- les autres professionnels visés et la raison pour laquelle leurs notes sont requises;
- l'étendue des renseignements ou des documents demandés (période visée);
- un engagement de confidentialité du directeur des services professionnels prévoyant que :
 - 1) les renseignements communiqués ne seront utilisés qu'aux fins indiquées dans mon consentement; et
 - 2) que les renseignements communiqués ne seront transmis qu'aux seules personnes autorisées à en prendre connaissance dans le cadre de leurs fonctions au sein de l'établissement.

Je comprends que je suis libre de donner mon consentement et qu'un refus de ma part ne me privera pas des services de santé ou des services sociaux requis par mon état de santé.

J'autorise donc mon professionnel de la santé à communiquer les renseignements qui pourraient être demandés par l'établissement selon les modalités qui précèdent.

Mon consentement est valide pour une durée de dix (10) ans. Toutefois, je peux en tout temps le retirer, totalement ou partiellement, en communiquant par écrit avec mon professionnel de la santé.

Je reconnais avoir bien lu l'information présentée dans ce formulaire et avoir obtenu, le cas échéant, les explications nécessaires à ma compréhension.

Personne assurée Mère ou père Tuteur Mandataire Curateur

Signature _____

Date | | | |
Année Mois Jour