Centre de diagnostic de l’ETCAF pour adultes

Autorisation de divulgation/Échange de renseignements personnels et de renseignements médicaux personnels

Les renseignements personnels et les renseignements médicaux personnels indiqués sur le présent formulaire doivent être recueillis aux fins d’évaluation de l’admissibilité au Centre de diagnostic de l’ETCAF pour adultes, conformément à la *Loi sur l’accès à l’information et la* protection *de la vie privée (LAIPVP)* et la *Loi sur les renseignements personnels sur la santé*. Ces renseignements sont protégés en vertu des dispositions sur la protection de la vie privée de la LAIPVP, de la *Loi sur les renseignements sur la santé* ou toute autre loi. Pour toute question, veuillez communiquer avec le coordonnateur du programme sur l’ETCAF pour adultes de l’ASTNO au numéro 867-767-9106, poste 40069.

**But de l’information**: Ces renseignements seront utilisés pour aider le coordonnateur du programme sur l’ETCAF pour adultes et l’équipe des services de diagnostic, d’évaluation et d’intervention à établir un diagnostic, à élaborer des recommandations et à fournir des services d’aiguillage.

Nom du client : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DDN du client : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No de carte du régime d’assurance maladie : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consentement pour la collecte et la réception de renseignements personnels ou confidentiels**

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (client ou tuteur), autorise par la présente le coordonnateur du programme sur l’ETCAF pour adultes à recevoir des renseignements à l’oral ou à l’écrit provenant des documents suivants :

 

Les évaluations médicales, psychiatriques, psychologiques et pédagogiques, les plans de traitement, les sommaires de congé de l’hôpital, les rapports d’étape et le statut juridique concernant le client susmentionné figurent parmi les renseignements divulgués possibles.

**Consentement pour la divulgation de renseignements personnels ou confidentiels**

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (client ou tuteur), autorise par la présente le coordonnateur du programme sur l’ETCAF pour adultes à divulguer des renseignements à l’oral ou à l’écrit aux personnes ou aux organismes suivants :



Je comprends qu’aucun autre renseignement ne sera divulgué à quiconque sans mon consentement écrit, avec les exceptions suivantes :

1. En cas de violence ou de négligence présumée envers des enfants, et dans les cas présents ou passés de violence sexuelle, si le client risque d’être en contact avec des enfants mineurs, le personnel est obligé d’en informer les autorités compétentes;
2. Si le client déclare qu’il a l’intention d’infliger des blessures corporelles à une autre personne;
3. Si le client déclare qu’il a l’intention de s’infliger lui-même des blessures corporelles;
4. En cas d’assignation à témoigner devant le tribunal à la demande d’un juge ou sur ordonnance d’un tribunal.
5. En cas d’urgence médicale impliquant le client.

Je comprends aussi que je peux retirer mon consentement concernant l’échange d’information en tout temps, et que le présent formulaire devient invalide un an à compter de la date indiquée \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (date d’expiration en caractères d’imprimerie, jj/mm/aaaa). Afin que la divulgation soit valide, le présent formulaire doit être rempli et signé par le client ou le tuteur susmentionné et le travailleur en santé et en services sociaux.

Nom du client (caractères d’imprimerie) Signature Date

Nom du témoin Signature Date

(caractères d’imprimerie)

Nom du parent ou du tuteur (caractères d’imprimerie) Signature Date