

**CONSENTEMENT À LA DIVULGATION
D'INFORMATIONS CONCERNANT LES
PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES LIÉS À
L'UTILISATION DE SUBSTANCES**

NOM DU PATIENT	PRÉNOM	I.M.
CAS N°.		
ÉTABLISSEMENT		UNITÉ

INSTRUCTIONS : **DONNER UNE COPIE DE CE FORMULAIRE AU PATIENT !** Préparez une (1) copie pour le dossier du patient. Si ce formulaire est utilisé à des fins de facturation, préparez une copie supplémentaire pour l'agent de ressources et de remboursement. Si ce formulaire est envoyé à un autre organisme avec une demande de renseignements, préparez une copie supplémentaire pour le dossier du patient.

[DIVULGATION] / [LIBÉRATION] AVEC LE CONSENTEMENT DU PATIENT

ÉTENDUE OU NATURE DES INFORMATIONS À DIVULGUER / LIBÉRER (CERCLER CE QUI CONVIENT)

RAISON OU NÉCESSITÉ DE LA DIVULGATION / LIBÉRATION (CERCLER CE QUI CONVIENT)

NOM OU TITRE DE LA PERSONNE OU DE L'ORGANISATION
QUI DIVULGUE / LIBÈRE L' INFORMATION

Entre :

NOM OU TITRE DE LA PERSONNE OU DE L'ORGANISATION À
LAQUELLE LA DIVULGATION DOIT ÊTRE FAITE

Et :

Je, soussigné(e), ai lu ce qui précède et j'autorise le personnel de l'établissement divulgateur/diffuseur nommé à divulguer/diffuser les informations contenues dans le présent document. Je comprends que je peux retirer ce consentement par écrit à tout moment, sauf dans la mesure où une action a été entreprise sur la base de ce consentement. Le présent consentement expire six (6) mois après sa signature, à moins qu'un délai, un événement ou une condition différents ne soient spécifiés ci-dessous, auquel cas ce délai, cet événement ou cette condition s'applique. Je comprends également que toute divulgation / diffusion est liée par le Titre 42 du Code des règlements fédéraux régissant la confidentialité des dossiers des patients pour les personnes atteintes de troubles liés à l'utilisation de substances, ainsi que par la Loi sur la portabilité et la responsabilité de l'assurance maladie de 1996 (« HIPAA ») 45 C. F. R. Pts. 160 & 164; et que la divulgation de ces informations à une autre partie que celle désignée ci-dessus est interdite sans autorisation écrite supplémentaire de ma part.

Période, événement ou condition remplaçant la période spécifiée ci-dessus : _____

REMARQUE : Toute information divulguée par le biais de ce formulaire sera accompagnée du formulaire d'interdiction de re-divulguer d'informations concernant les personnes souffrant de troubles liés à la toxicomanie (TRS-1).

Je comprends qu'en général, le programme ne peut pas conditionner mon traitement à la signature d'un formulaire de consentement, mais que dans certaines circonstances limitées, le traitement peut m'être refusé si je ne signe pas un formulaire de consentement. J'ai reçu une copie de ce formulaire, comme en témoigne ma signature ci-dessous.

(Signature du patient)

(Signature du parent / tuteur, si nécessaire)

(Nom du Patient en lettres majuscules)

(Nom du Parent / Tuteur en lettres majuscules)

Date

Date