

**CONSETEMENT POUR LA COMMUNICATION  
D'INFORMATIONS RELATIVES À L'ALCOOLISME/LA  
TOXICOMANIE  
PRÉSENCE DU PATIENT DANS L'ÉTABLISSEMENT  
ET ÉTAT MÉDICAL GÉNÉRAL**

NOM DU PATIENT	PRÉNOM	In. 2e PRÉNOM
N° DE DOSSIER		
ÉTABLISSEMENT		

**INSTRUCTIONS :** REMETTRE UNE COPIE DE CE FORMULAIRE AU PATIENT ! Préparer une (1) copie pour le dossier du patient.

Je soussigné(e) autorise le personnel de cet établissement à confirmer que je suis présent(e) ou pas dans ledit établissement et à fournir des informations sur mon état général aux personnes nommées ci-dessous, qui ont un intérêt personnel à savoir où je me trouve et comment évolue mon état. J'accepte que mon parent le plus proche nommé ci-dessous soit informé en cas de blessures, maladies ou autre urgence.

Nom du parent le plus proche	Téléphone
Adresse	

NOM DES PERSONNES INTÉRESSÉES	LIEN DE PARENTÉ

Je comprends que je peux retirer ce consentement par écrit, hormis dans le cas où des mesures fondées sur lesdites informations ont déjà été prises. Dans tous les cas, ce consentement expirera un (1) mois après ma sortie de cet établissement. Je comprends également que toute communication faite en mon nom par cet établissement est liée par le Titre 42 du Code des règlements fédéraux régissant la confidentialité des dossiers relatifs à l'alcoolisme et à la toxicomanie, ainsi que par la Loi sur la portabilité et la responsabilité de l'assurance maladie (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996.

\_\_\_\_\_  
(Signature du patient/défendeur)

\_\_\_\_\_  
(Signature du parent/tuteur, si nécessaire)

\_\_\_\_\_  
(Nom du patient/défendeur en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
(Nom du parent/tuteur en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
(Date)

\_\_\_\_\_  
(Date)