

**AUTORISATION DE DIVULGATION
D'INFORMATIONS CONFIDENTIELLES
RELATIVES AU VIH***

NOM DE FAMILLE DU/DE LA PATIENT(E) OU DÉFENDEUR/DÉFENDERESSE	
PRÉNOM	INITIALE DU 2 ^e PRÉNOM
NUMÉRO D'IDENTIFICATION	NUMÉRO DU DOSSIER
ÉTABLISSEMENT	UNITÉ

INSTRUCTIONS : Préparer un (1) exemplaire pour le dossier du/de la patient(e).

Les informations confidentielles relatives au VIH comprennent toutes les informations qui indiquent qu'une personne a passé un test de dépistage du VIH, ou présente une infection par le VIH, une maladie liée au VIH ou le SIDA, ou toute autre information qui pourrait indiquer qu'une personne a été potentiellement exposée au VIH.

Conformément à la législation de l'État de New York, à l'exception de certaines personnes, les informations confidentielles relatives au VIH peuvent uniquement être communiquées aux personnes autorisées mentionnées dans la décharge que vous avez signée. Vous pouvez demander la liste des personnes à qui les informations confidentielles relatives au VIH peuvent être communiquées sans formulaire de décharge.**

Si vous signez le présent formulaire, les informations relatives au VIH peuvent être communiquées aux personnes figurant sur le formulaire, et pour le ou les motifs indiqués sur le formulaire. La signature de ce formulaire ne constitue pas une obligation, et vous pouvez changer d'avis à tout moment.

Si vous êtes victime de discrimination suite à la divulgation de vos informations relatives au VIH, vous pouvez contacter la Division des droits de l'homme de l'État de New York (New York State Division of Human Rights) au (888) 392 3644 ou la Commission des droits de l'homme de la ville de New York (New York City Commission of Human Rights) au (212) 306 7450. Ces organismes ont pour mission de protéger vos droits.

NOM ET ADRESSE DE LA OU DES PERSONNES QUI DIVULGUERONT LES INFORMATIONS RELATIVES AU VIH	NOM ET ADRESSE DE LA OU DES PERSONNES À QUI LES INFORMATIONS RELATIVES AU VIH SERONT DIVULGUÉES
MOTIF DE LA DIVULGATION DES INFORMATIONS RELATIVES AU VIH	
ÉTENDUE OU NATURE DES INFORMATIONS À DIVULGUER	
PÉRIODE PENDANT LAQUELLE LA DIVULGATION EST AUTORISÉE	
De :	À :

J'ai reçu les réponses à mes questions concernant le formulaire. Je sais que je ne suis pas dans l'obligation d'autoriser la divulgation de mes informations relatives au VIH et que je peux changer d'avis à tout moment et retirer mon consentement, sauf si des mesures fondées sur celui-ci ont déjà été prises.

(Signature du/de la patient[e] ou défendeur/défenderesse)

(Signature du parent ou tuteur/tutrice, le cas échéant)

(Nom du/de la patient[e] ou défendeur/
défenderesse en caractères d'imprimerie)

(Nom du parent ou tuteur/tutrice
en caractères d'imprimerie)

(Date)

(Date)

* **Virus de l'immunodéficience humaine qui est à l'origine du SIDA.**

** **Les réglementations fédérales concernant les dossiers des patients traités pour alcoolisme ou toxicomanie (42 CFR, partie 2) peuvent demander votre consentement ou une ordonnance du tribunal, même si la loi de l'État ne le fait pas.**