

NEW YORK STATE  
OFFICE OF ADDICTION SERVICES AND SUPPORTS

**CONSETEMENT À LA DIVULGATION  
D'INFORMATIONS CONCERNANT  
L'ALCOOLISME ET LA TOXICOMANIE D'UN(E) PATIENT(E)  
POUR ÉVALUATION DU LOCADTR**

Révoqué le: \_\_\_\_\_ Initiales du personnel: \_\_\_\_\_

Nom de famille du/de la patient(e)	Prénom	Initiale du 2e prénom
Numéro de dossier		
Établissement	Unité	

**INSTRUCTIONS :** **DONNER UNE COPIE DE CE FORMULAIRE AU/À LA PATIENT(E) !** Préparez un (1) exemplaire pour le dossier du/de la patient(e). Si ce formulaire doit être envoyé à une autre agence avec une demande d'information, préparez un exemplaire supplémentaire pour le dossier du/de la patient(e).

**CONSETEMENT DU/DE LA PATIENT(E) À LA DIVULGATION ET À L'OBTENTION D'INFORMATIONS  
D'IDENTIFICATION PERSONNELLE**

**ÉTENDUE DE LA NATURE DES INFORMATIONS À DIVULGUER OU À OBTENIR :**

Toutes les informations nécessaires afin de remplir une évaluation personnalisée du niveau de soins pour l'orientation vers un traitement contre l'alcoolisme et la toxicomanie (Level of Care for Alcohol and Drug Treatment Referral, « LOCADTR »).

**RAISON OU NATURE DE LA DIVULGATION/DIFFUSION ET NOM DES ORGANISATIONS QUI DIVULGUENT ET OBTIENNENT  
DES INFORMATIONS D'IDENTIFICATION PERSONNELLE :**

Je consens à la divulgation d'informations confidentielles à, et entre, le Bureau des services et du soutien contre les addictions de l'État de New York (New York State Office of Addiction Services and Supports, OASAS), l'établissement de traitement certifié par l'OASAS identifié ci-dessus, et le payeur / plan de soins gérés \_\_\_\_\_ de mon traitement clinique, y compris les informations du système de données des clients (Client Data System, CDS) de l'OASAS et mon numéro de Sécurité sociale.

Je comprends que l'évaluation de la détermination du niveau de soins ne sera partagée qu'avec moi, l'établissement de traitement OASAS et le payeur / régime identifiés ci-dessus. Sauf si j'ai donné une autorisation écrite de partager les informations avec d'autres organismes, programmes ou payeurs.

Je comprends en outre que les informations d'identification non personnelles peuvent être évaluées afin que l'efficacité de l'outil d'évaluation LOCADTR puisse être évaluée.

Je, soussigné(e), ai lu ce qui précède et autorise Bureau des services et du soutien contre les addictions de l'État de New York et le personnel de l'établissement de traitement certifié par l'OASAS nommé ci-dessus à divulguer et à obtenir ces informations comme indiqué dans le présent document.

Je comprends que je peux retirer ce consentement par écrit à tout moment, sauf dans la mesure où une action aurait 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'appliquerait. Je comprends également que toute divulgation d'informations d'identification est liée au Titre 42 du code des règlements fédéraux (Code of Federal Regulations, C.F.R.). Partie 2, régissant la confidentialité des dossiers des patients souffrant d'alcoolisme et de toxicomanie, ainsi que Loi sur la portabilité et la responsabilité en matière d'assurance maladie de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA) 45 C.F.R. §§160 & 164 ; et que la redivulgation de ces informations supplémentaires à une partie autre que celles désignées ci-dessus est interdite sans autorisation écrite supplémentaire de ma part.

**REMARQUE :** toute information divulguée par le biais de ce formulaire **DOIT** être accompagnée du formulaire **d'interdiction de redivulgation d'informations concernant un patient alcoolique ou toxicomane (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 un exemplaire de ce formulaire.

\_\_\_\_\_  
(Signature du/de la patient[e])

\_\_\_\_\_  
(Signature du parent/tuteur)

\_\_\_\_\_  
(Nom du/de la patient[e] en caractères d'imprimerie)

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

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

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