

AUTORISATION DE RECUEILLIR, D'UTILISER ET DE DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ

Nous respectons la loi ontarienne qui protège vos renseignements personnels sur la santé, y compris les renseignements à votre sujet dont dispose le Services de soutien à domicile et en milieu communautaire. Nous sommes tenus de conserver vos renseignements personnels sur la santé de façon sûre et sécuritaire. Vous avez le droit de savoir comment nous utilisons et divulguons vos renseignements et comment vous pouvez y avoir accès.

En demandant des soins de santé auprès du Services de soutien à domicile et en milieu communautaire, vous consentez à la collecte de vos renseignements personnels sur la santé et à leur utilisation et divulgation parmi vos fournisseurs de soins de santé, et le consentement est considéré comme étant implicite. Ces personnes pourraient comprendre les suivantes :

- nos fournisseurs de services retenus à contrat qui fournissent des soins de santé, de l'équipement et des fournitures;
- d'autres partenaires en soins de santé qui nous aident à fournir des soins de santé;
- le personnel autorisé du Services de soutien à domicile et en milieu communautaire.

Nous partageons aussi les renseignements avec nos partenaires en soins de santé au moyen de systèmes régionaux et provinciaux.

De plus, au Services de soutien à domicile et en milieu communautaire de Champlain, nous cherchons constamment à améliorer nos services. Pour nous permettre de rehausser les soins de santé que nous offrons à nos clients, acceptez-vous de divulguer vos renseignements à un organisme indépendant, retenu à contrat par le Services de soutien à domicile et en milieu communautaire, en vue de la réalisation de sondages sur la satisfaction des clients?

Oui _____ Non _____

Si vous ne voulez pas que nous utilisions vos renseignements personnels sur la santé ou que nous les divulguions à vos fournisseurs de soins, en tout ou en partie, veuillez en informer votre coordonnateur de soins.

De plus, vous autorisez le Services de soutien à domicile et en milieu communautaire à recueillir auprès des personnes suivantes et à communiquer à ces personnes des renseignements personnels sur votre santé :

- Personnes à joindre au besoin :** _____
(nom) (relation avec le client) (n° de tél.)

(nom) (relation avec le client) (n° de tél.)
- Personnes-ressources en milieu communautaire et autre :** _____
(nom) (relation avec le client) (n° de tél.)

Limitation(s) du consentement : _____

Le présent consentement demeure en vigueur jusqu'à la fin de vos services. Si, à tout moment, vous désirez modifier ce consentement, veuillez communiquer avec votre coordonnateur de soins.

Nom du client **OU** _____
Mandataire spécial

Relation du mandataire spécial avec client _____
Numéro de téléphone

Signature du gestionnaire de cas ou du coordonnateur de soins :

(ayant obtenu le consentement) Date : _____

Nom de l'interprète : _____ Organisme ou particulier : _____ Langue : _____

Si, en cas d'urgence, nous ne pouvons pas vous joindre, y a-t-il une personne à laquelle nous pouvons téléphoner pour vous trouver? Nous ne divulguerions à cette personne aucun renseignement personnel sur votre santé.

Gérant d'immeuble

Voisin

Ami

Personne à joindre au besoin (nommée ci-dessus)

Si oui, le nom de cette personne : _____

Son n° de téléphone : _____

HOME AND COMMUNITY CARE SUPPORT SERVICES Champlain

Authorization to Collect, Use & Disclose Personal Health Information

We follow Ontario's law that protects your personal health information, including information about you at Home and Community Care Support Services. We are required to keep your personal health information safe and secure. You have the right to know how we may use, share and how you can access your information.

By seeking health care from Home and Community Care Support Services, you are consenting to the collection, use and disclosure of your personal health information among your health care providers and the consent is considered implied. Those could be:

- our contracted service providers that provide health care, equipment and supplies;
- other health partners that assist in providing health care;
- authorized Home and Community Care Support Services staff, and
- sharing with health care partners through regional & provincial systems.

In addition, at our Home and Community Care Support Services Champlain, we constantly strive to improve our services. At this time, do you consent to sharing your information with an independent organization, authorized under contract with your Home and Community Care Support Services, for the purpose of conducting satisfaction surveys to help us improve patient care? _____ Yes _____ No

Please let your Care Coordinator know if you do not want us to use or share some, or all, of your personal health information to those involved in your health care.

In addition, you also give the Home and Community Care Support Services permission to collect and share your personal health information with the following person(s):

Personal Contacts: _____
(name) (relationship) (phone #)

(name) (relationship) (phone #)

Community Resources & Other: _____
(name) (relationship) (phone #)

Restriction(s) on consent _____

This consent is valid while you are receiving services. If at any time you want to make a change to this consent, please contact your Care Coordinator.

_____, **OR** _____
Name of Client Substitute Decision-Maker

_____, _____
Relationship (of SDM) Phone Number

CM/CC Signature _____ Date _____
(obtaining consent)

Interpreter Name _____ Company/Individual _____ Language _____

In case of an emergency and we cannot reach you, is there someone we can call to locate you? We will not be disclosing your personal health information to this person.

- superintendent neighbour
 friend personal contact as above

If yes, contact name: _____ Contact number: _____