



Consentement à la communication des renseignements personnels dans le cadre du réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA)

Cette case doit contenir : N° dossier, nom et prénom, date de naissance, n° RAMQ.

Je soussigné(e), _____, comprends :

- Ce qu'est le Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) du territoire du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale et quels en sont les partenaires (mentionnés à la page suivante);
- qu'il peut être nécessaire de communiquer des renseignements me concernant (mentionnés à la page suivante) pour orienter les soins, les interventions et les services requis par mon état de santé et mes besoins psychosociaux;
- que ces renseignements peuvent avoir été recueillis avant mon arrivée dans le RSIPA (il pourrait s'agir, par exemple, de résultats médicaux versés à mon dossier il y a quelques mois s'ils sont pertinents aux soins et aux services que je pourrais recevoir);
- que les renseignements me concernant sont conservés de façon sécuritaire et peuvent être consultés par les intervenants qui s'occupent de moi dans le cadre du RSIPA. Ces intervenants peuvent aussi verser des renseignements à mon dossier RSIPA;
- que seul le personnel autorisé, c'est-à-dire le médecin traitant ainsi que les intervenants des établissements et organismes membres ou partenaires du RSIPA de ma région, a accès aux renseignements me concernant;
- que je peux en tout temps demander à consulter mon dossier RSIPA pour en vérifier les renseignements me concernant, en m'adressant au CIUSSS de la Capitale-Nationale;
- que je peux en tout temps demander la rectification d'un renseignement me concernant qui m'apparaîtrait inexact, incomplet ou équivoque;
- que mon consentement à la communication des renseignements me concernant est valide pour une durée de deux (2) ans à partir de la date de signature;
- que je peux en tout temps retirer mon consentement à la communication des renseignements me concernant, et ce, verbalement ou par écrit. Le fait que je retire mon consentement ne m'empêchera aucunement de recevoir des soins, des interventions et des services des différents partenaires du RSIPA.

Je certifie :

- Avoir lu (seul ou avec aide) et compris le présent formulaire de consentement;
- avoir eu l'occasion de poser toutes mes questions et obtenu des réponses satisfaisantes;
- avoir disposé du temps nécessaire pour prendre ma décision;
- être libre d'accepter la communication de renseignements personnels me concernant entre les partenaires du RSIPA.

Je confirme que toute l'information contenue dans ce formulaire a été inscrite avant que je signe.

☐ Copie du CIUSSS de la Capitale-Nationale ☐ Copie de l'utilisateur ou de son représentant

Par ma signature, j'autorise la communication de renseignements me concernant dans le but d'orienter les soins, les interventions et les services requis par mon état de santé et mes besoins psychosociaux. Cette autorisation est accordée au Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) du territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale et sera révisée le ____/____/____.

_____/_____/_____ : ____
Signature Nom (en lettres moulées) Date Heure

Adresse du signataire	Code postal	Ind. rég.	N° de téléphone
-----------------------	-------------	-----------	-----------------

OU

Par ma signature, j'autorise la communication de renseignements concernant _____
que je représente, dans le but d'orienter les soins, les interventions et les services requis par son état de santé et ses besoins psychosociaux.
Cette autorisation est accordée au Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) du territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale et sera révisée le ____ / ____ / ____.

_____/_____/_____ :_____
Signature Nom (en lettres moulées) Date Heure

Adresse du signataire	Code postal	Ind. rég.	N° de téléphone
-----------------------	-------------	-----------	-----------------

J'ai expliqué le présent formulaire de consentement et j'ai répondu aux questions qu'on m'a posées.

Signature de la personne qui obtient le consentement

Nom de la personne qui obtient le consentement

Renseignements personnels nécessaires au RSIPA

- Données sociodémographiques
(p. ex. nom, adresse)
- Antécédents médicaux
(p. ex. diagnostics, maladies)
- Résultats d'examen diagnostiques
(p. ex. radiographies)
- Profil pharmacologique
(p. ex. tous les médicaments)
- Demandes de services
(p. ex. services de soutien à domicile)
- Rapport d'évaluation et de consultation
(p. ex. rapport de physiothérapie, rapport de l'orthopédiste)
- Plan de services (PSI) (document énonçant les besoins, les orientations, les services prodigués, etc.)
- Notes d'évolution (notes permettant de suivre l'état de la personne)
- Outil d'évaluation multiclientèle (OEMC)
- Outil de repérage (Prisma 7 ou ISAR)
- Plan d'intervention (PI, PII)

Partenaire du RSIPA

Le RSIPA de ma région a pour partenaires l'ensemble des établissements et organismes établis dans ma région qui ont conclu une entente avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale ou qui en concluront une pendant la durée de validité de mon consentement, soit :

- Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- Cliniques médicales;
- Groupes de médecine familiale (GMF);
- Pharmacies communautaires (**nommer tous les partenaires potentiels**);

- Organisme communautaire;
- Entreprise d'économie sociale en aide domestique (EÉSA);
- Résidences pour personnes âgées (RPA);
- Autres

En raison de leur proximité géographique, d'autres CISSS/CIUSSS, les établissements non fusionnés ou organismes suivants ont aussi conclu des ententes avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale :

(nommer tous les partenaires «spéciaux» hors CISSS/CIUSSS)