



NOM	PRÉNOM
MDN	NUMÉRO DE VISITE
DATE DE NAISSANCE JJ-MM-AAAA	SEXE
ADRESSE	
SAISIR OU IMPRIMER MANUELLEMENT	

Consentement à la divulgation de l'information personnelle sur la santé – Télésanté mentale

N° du client chez l'Agence : _____ MDN : _____

Je, _____, _____ Imprimez le nom (Prénom, Nom)	<input type="checkbox"/> Tuteur/Décideur substitut <input type="checkbox"/> du Client /de la Cliente
autorise le Service de télésanté mentale à divulguer mes renseignements médicaux personnels de _____ dans le cadre d'un Rapport de consultation de Télésanté	
Nom du client/cliente (Prénom, Nom)	
mentale destiné aux personnes/ agences	Télécopieur
suites : 1. _____ n° _____ Nom de l'Agence référante qui demande l'information	
2. _____ n° _____ Nom du prestataire de soins primaires qui sollicite l'information	

Je, _____, _____ Imprimez le nom (Prénom, Nom)	<input type="checkbox"/> Tuteur/Décideur substitut <input type="checkbox"/> du Client /de la Cliente
autorise l'Agence de coordination de Télésanté mentale et _____ Nom de l'Agence référante qui divulgue l'information	
à divulguer les renseignements médicaux personnels de _____ Nom du client (Prénom, Nom)	
au Service de télésanté mentale. Je consens à la divulgation des renseignements suivants :	
<input type="checkbox"/> Rapports de consultation <input type="checkbox"/> Antécédents médicaux <input type="checkbox"/> Résumé de médicaments	
<input type="checkbox"/> Autre : _____	

J'accepte que l'on communique avec moi afin de connaître de nouvelles avenues de recherche auxquelles je/mon enfant pourrais/pourrait souhaiter participer. Je suis conscient(e) que le fait de refuser de participer à des activités d'apprentissage ou de recherche n'aura aucune incidence sur les services que je/mon enfant pourrais/pourrait recevoir par le biais du Service de télésanté mentale.

AVIS DE LA COLLECTE

Les renseignements recueillis par le biais du Service de télésanté mentale seront entrés dans le système utilisé pour établir et fixer des rendez-vous et d'en améliorer la qualité, ainsi qu'aux fins d'études de recherche approuvées qui ne nécessitent pas de renseignements pouvant identifier le patient, et à toutes autres fins permises ou autorisées en vertu de la loi. Ceci comprend la divulgation de l'information personnelle sur la santé à l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) sous forme d'entité prescrite aux fins de l'article 45 de la Loi sur la confidentialité des renseignements personnels sur la santé de l'Ontario. Les renseignements recueillis de cette façon seront réunis avec d'autres renseignements semblables et aucun participant à ce processus de consultation ne sera individuellement ou spécifiquement identifié.

REQUIS : Imprimez le nom du client/de la cliente _____ Signature du client/de la cliente _____ Date JJ-MM-AAAA _____

Imprimez le nom du parent/tuteur _____ Signature du parent/tuteur _____ Date JJ-MM-AAAA _____