

Installation : _____

Dossier : _____
 Nom, Prénom : _____
 Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
 AAAA-MM-JJ
 NAM : _____ Exp. _____
 AAAA-MM
 Nom de la mère : _____

CONSENTEMENT À LA RECHERCHE DE RESSOURCES DANS UN CONTEXTE DE PANDÉMIE

ADRESSE DE L'USAGER

No civique : _____ Rue : _____ App. : _____
 Ville : _____ (Québec) Code postal : _____

IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT DE L'USAGER

L'utilisateur est-il représenté légalement par une personne tierce ou est-il considéré inapte à consentir?

☐ Non ☐ Oui Si oui, complétez la section suivante.

Nom : _____ Prénom : _____
 No civique : _____ Rue : _____ App. : _____
 Ville : _____ (Québec) Code postal : _____
 No téléphone principal : _____ ☐ Jour ☐ Soir ☐ Boîte vocale
 No téléphone secondaire : _____ ☐ Jour ☐ Soir ☐ Boîte vocale
 Lien avec l'utilisateur : ☐ Mandataire ☐ Conjoint (e)
☐ Tuteur à la personne ☐ Proche parent
☐ Curateur ☐ Autre : _____

Votre médecin a statué que vous ne nécessitez plus de soins actifs de l'hôpital. Dans le contexte actuel de pandémie COVID-19, il est important pour votre santé d'être orienté rapidement vers un milieu plus adapté à vos besoins. Au cours de vos discussions avec votre équipe de soins, il a été déterminé que votre condition requiert du soutien afin d'assurer votre santé et votre sécurité. Pour ce faire, votre équipe de soins vous a proposé une des options suivantes :

1. **Rehaussement temporaire de vos services de soutien à domicile. L'intensité des services requis sera évaluée par les professionnels du CISSS de la Montérégie-Ouest.**
2. **Orientation vers des lits de réadaptation.**
3. **Orientation vers un milieu de vie temporaire afin de vous permettre de récupérer suite à votre hospitalisation et déterminer quels seront vos besoins à plus long terme. Par exemple, ressources d'hébergement du réseau public ou privé, lits d'évaluation-intervention-orientation.**

Toutes ces orientations sont temporaires et effectuées dans le contexte de la pandémie COVID-19 pour assurer votre sécurité. Suite à l'évaluation de vos besoins et des discussions avec votre équipe de soins, l'option ____ a été retenue.

Par la présente, **vous consentez** à ce que votre équipe de soins présente l'option d'orientation retenue en fonction de vos besoins au guichet d'accès de votre territoire. Cependant, en contexte **de Pandémie COVID-19**, vous autorisez le guichet d'accès d'entreprendre des recherches supplémentaires pour identifier les ressources pouvant répondre à vos besoins si la première option proposée ne peut s'actualiser. Les recherches se feront à travers les options restantes nommées ci-haut afin d'assurer votre santé et votre sécurité. Vous serez avisé le plus rapidement possible de l'option retenue.

Nom :

Prénom :

Dossier :

Je déclare avoir obtenu les informations et les explications nécessaires à l'octroi de mon consentement pour une recherche des ressources alternatives disponibles dès que la première orientation proposée ne peut être retenue. Je comprends que je peux retirer mon consentement en tout temps et je trouverai alors une autre option et devrai quitter dans un délai maximal de 24 heures.

En foi de quoi nous avons signé :

Usager : _____ Date _____
aaaa/mm/jj

Représentant légal : _____ Date _____
aaaa/mm/jj

Personne qui peut donner
un consentement substitué : _____ Date _____
aaaa/mm/jj