

Installation : _____

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj
NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm
Nom, Prénom de la mère : _____

Consentement à l'évaluation des besoins Programme soutien à domicile

Par la présente, j'autorise le programme de soutien à domicile à effectuer l'évaluation de mes besoins dans le cadre de cette ouverture d'épisode de soins et de services.

Je comprends que, suite à cette évaluation, un plan d'intervention personnalisé, dans le respect de l'offre de soins et de services du programme, me sera proposé.

Je comprends que ces soins et services seront adaptés à mon état de santé et progressivement modifiés ou cessés suite à l'évaluation des professionnels qui seront impliqués dans mon dossier. Chaque fois que des interventions particulières seront nécessaires, un consentement (verbal) me sera demandé après que l'on m'aura expliqué les risques, les bénéfices ou effets possibles de l'intervention.

Signature de l'utilisateur

Date : _____
aaaa-mm-jj

Signature de la personne autorisée

Date : _____
aaaa-mm-jj

Agit à titre de : ☐ Usager ☐ Parent (enfant moins de 14 ans) ☐ Représentant légal
☐ Conjoint ☐ Personne significative (lien avec l'utilisateur) : _____

Témoin à la signature

Date : _____
aaaa-mm-jj