

Installation : _____

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

CONSENTEMENT AUX SOINS, SERVICES ET ÉCHANGE D'INFORMATION - CRD

Le Centre de réadaptation en dépendance (CRD) du CISSS de la Montérégie-Ouest offre des services spécialisés de réadaptation visant à prévenir, réduire et traiter les problèmes liés à l'alcool, aux autres drogues (incluant les médicaments), aux jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation problématique de l'Internet.

Le présent formulaire constitue un consentement général aux soins et aux services afin de permettre au personnel du CRD de :

1. Recueillir les informations nécessaires afin de permettre l'élaboration d'un plan d'intervention (PI), un plan d'intervention interdisciplinaire (PII), ou un plan thérapeutique infirmier (PTI), ou un plan de services individualisé (PSI), lequel fera l'objet d'un consentement spécifique ;
2. Échanger des informations entre les membres de l'équipe du CRD afin d'assurer le suivi et la dispensation de soins et de services adaptés ;
3. Dispenser des soins et des services adaptés et sécuritaires.

La confidentialité de vos informations est protégée par la loi (article 19 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, le Code civil du Québec, etc.). Tout personnel ayant accès à votre dossier est tenu par la loi de respecter la confidentialité de vos informations et de votre vie privée. Aucune information ne sera communiquée à l'extérieur de l'équipe de traitement sans votre autorisation. Dans le cas d'une personne mineure âgée de moins de 14 ans, l'autorisation d'un parent ou d'une personne autorisée sera requise.

PRINCIPALES EXCEPTIONS ET CONTRAINTES À LA CONFIDENTIALITÉ :

1. Afin de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il a un motif raisonnable de croire qu'un risque sérieux de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable et que la nature de la menace inspire un sentiment d'urgence;
2. Lorsqu'il y a motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est à risque;
3. Mandat de la cour exigeant la divulgation du dossier;
4. Si vous avez moins de 14 ans présentement, vos parents ou la personne autorisée ont le droit de prendre connaissance de l'information à votre dossier, sauf lors de conditions juridiques spécifiques.

Je confirme avoir pris connaissance et compris l'information contenue dans ce formulaire.

J'atteste avoir reçu les informations nécessaires pour comprendre la nature des services et des traitements qui me seront offerts.

Je comprends que je peux refuser les services proposés et retirer mon consentement aux soins et services offerts en tout temps et que ce consentement demeure valide pour la durée de l'épisode de service à moins de révocation de ma part.

Je consens à recevoir des soins et des services de réadaptation en dépendance du CRD.

_____ Signature de l'utilisateur	Date _____ aaaa/mm/jj
_____ Signature de la personne autorisée*	Date _____ aaaa/mm/jj
*Pour mineur de moins de 14 ans et personne inapte à consentir	
☐ Consentement verbal obtenu de l'utilisateur ou de la personne autorisée	
_____ Signature et titre de l'intervenant ou du professionnel	Date _____ aaaa/mm/jj