

1. Informations de l'intervenant partenaire visiteur

Nom :

Prénom :

Titre/profession :

Nom de l'organisme de provenance :

N° de téléphone :

Adresse courriel :

Nature de l'activité d'observation :

(ex. : groupe d'entraide)

2. Informations de l'employé du centre de réadaptation en dépendance du CISSS de la Montérégie-Ouest

Nom :

Prénom :

Titre/profession :

Lieu de l'activité d'observation :

(ex. : nom de l'installation, numéro de la salle ou du bureau, etc.)

Date de l'activité :

Durée de l'activité :

Arrivée :

Départ :

(heure d'arrivée et de départ)

3. Intervenant partenaire

En tant qu'intervenant partenaire, je comprends que le Centre de réadaptation en dépendance (CRD) du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest est soumis à l'obligation de confidentialité prévue à l'article 19 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Art. 19 « Le dossier d'un usager est confidentiel et nul ne peut y avoir accès, si ce n'est avec le consentement de l'usager ou de la personne pouvant donner un consentement en son nom. »
De ce fait, aucune information de nature confidentielle ne pourra m'être fournie.

Il est attendu que ma présence à titre d'observateur à une activité dispensée dans le cadre du programme offert au Centre de réadaptation en dépendance sera possible avec l'accord des usagers présents à l'activité ciblée.

De plus, je comprends que cette autorisation pourra être retirée à tout moment, par un usager ou par un intervenant du CRD s'il le juge nécessaire, au cours de l'activité.

En tant qu'intervenant partenaire, je m'engage à :

☐ Assurer le respect de la vie privée des usagers en tout temps;

☐ Ne révéler aucun renseignement personnel dont j'aurai pris connaissance durant ma présence au CRD (incluant aux membres de ma famille et amis);

☐ Informer, sans délai, le CRD de toute situation qui pourrait compromettre la sécurité ou la confidentialité des renseignements détenus par le CISSS;

☐ Ne conserver aucun renseignement personnel transmis ou recueilli durant ma présence au CRD.

Je confirme avoir reçu les renseignements relatifs aux énoncés ci-dessus et d'avoir pleinement compris le sens de mon engagement.

L'intervenant au CRD, accueillant l'intervenant partenaire, doit retourner ce formulaire à son gestionnaire qui l'acheminera aux archives

4. Signature de l'intervenant partenaire visiteur

Nom (en lettre moulées) :

Signature :

Date :

5. Signature de l'employé du CRD du CISSS de la Montérégie-Ouest

Nom (en lettre moulées) :

Signature :

Date :