MR62063

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Québec

Identification de l'usager

Dossier: _____

Nom: _____

Prénom: _____

D.D.N. _____ - _____ - _____
AAAA MM JJ

AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ENTRE PARTENAIRES DU RÉSEAU DE SERVICES CLIENTÈLE JEUNESSE

Réseau local de services de Drummond

Ce formulaire est utilisé en contexte de démarche de plan de services

L'usager comprend que pour favoriser une réponse optimale à ses besoins:

- Les intervenants doivent échanger des renseignements personnels contenus aux dossiers en vue d'orienter les soins et services qui lui seront offerts;
- Seuls les renseignements pertinents à l'orientation et au suivi des soins et services seront partagés. Ces renseignements feront l'objet de discussions au début et en cours de suivi. L'usager ou son parent peut convenir, avec chacun des partenaires autorisés, quelles informations pourront être partagées;
- L'usager ou son parent peut annuler en tout temps ce consentement en avisant verbalement ou par écrit un intervenant. Cette annulation n'exclut pas qu'il reçoive des services, mais elle pourrait limiter l'efficacité des interventions;
- L'échange d'informations se fera en toute confidentialité, dans le respect des lois et règlements en vigueur.
- Les informations écrites contenues au dossier pouvant être distribuées aux partenaires autorisés sont:
  - ☐ Les données sociodémographiques de l'usager;
  - ☐ Le formulaire d'autorisation de communiquer des renseignements personnels que l'usager aura signé;
  - ☐ Le plan de service;
  - ☐ Le compte rendu des discussions et décisions de la réunion préparatoire à l'élaboration du plan de services individualisé;
  - ☐ Autres, préciser : _____
- Ces informations seront assujetties aux règles d'accès et de conservation de dossiers et le partage de tout autre document écrit devra faire l'objet d'une autorisation spécifique.

J'autorise le partage des renseignements personnels entre les établissements, organismes ou personnes suivants: *Indiquer clairement l'organisme communautaire, milieu de garde, GMF ou autres avec qui il y aura échange de renseignements

Établissement, organisme ou personne (veuillez identifier)	
☐ Établissement scolaire:	
☐ CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec:	
☐ Centre de pédiatrie sociale en communauté de Drummondville - Les petits bonheurs	☐ Maison de la Famille Drummond inc.
☐ Rendez-Vous familial	☐ Personne-ressource Plan de service individualisé intensif (PSII)
☐ Autre organisme communautaire:	
☐ Autre organisme communautaire:	
☐ Milieu de garde:	
☐ Groupe de médecine de famille (GMF):	
☐ Autres* (exemple tiers aidant):	

© CIUSSS MCQ, 2025

Nom: Prénom: Nº dossier:

Je déclare:

- Avoir eu l'occasion de poser toutes mes questions sur la communication des renseignements personnels me concernant et qu'on y a répondu à ma satisfaction;
- Avoir disposé du temps nécessaire pour prendre ma décision sur le consentement à l'échange d'informations;
- Être libre d'accepter la communication de renseignements personnels me concernant (ou concernant l'usager).

En conséquence, j'autorise la communication de renseignements personnels à partir de la date de signature de ce formulaire, et ce, pour une durée de 90 jours.

Signature de l'usager (14 ans et plus)	Nom de l'usager (lettres moulées)	Date (AAAA-MM-JJ)
Signature du parent 1	Nom du parent (lettres moulées)	Date (AAAA-MM-JJ)
Signature du parent 2 (s'il y a lieu)	Nom du parent 2 (lettres moulées)	Date (AAAA-MM-JJ)
Signature du représentant légal (s'il y a lieu)	Nom de l'usager (lettres moulées)	Date (AAAA-MM-JJ)
Signature de l'intervenant (s'il y a lieu)	Nom de l'intervenant (lettres moulées)	Date (AAAA-MM-JJ)

© CIUSSS MCQ, 2025