




Consentement : Soins et services en équipe

<p>CONSENTEMENT À OBTENIR DES SOINS ET SERVICES DE SANTÉ EN MILIEU D'ENSEIGNEMENT</p>	<p>CONSENTEMENTS SOINS ET SERVICES EN ÉQUIPE</p>
<p>À QUOI JE CONSENS</p> <p>-Recevoir les soins de santé et les services sociaux requis par mon état de santé;</p> <p>- Donner accès aux renseignements et documents contenus dans mon dossier clinique lorsqu'ils sont nécessaires à ces soins et services;</p> <p>- Les activités cliniques des apprenants du groupe de médecine de famille fassent l'objet d'une supervision par discussion de cas, par camera (en direct) ou par dossier.</p> <p>À QUI JE DONNE MON AUTORISATION</p> <p>- Médecins, médecins-résidents et étudiants en médecine de mon groupe de médecine de famille;</p> <p>-Autres professionnels et apprenants de la santé et des services sociaux (ex. infirmières, travailleurs sociaux, pharmaciens, etc.) de mon groupe de médecine de famille.</p> <p>Signature _____</p> <p>Date _____</p> <div style="text-align: center;">   </div>	<p>Je soussigné.e, _____, (encercler : patient, parent, tuteur, mandataire, curateur) donne mon consentement aux raisons et aux personnes indiquées.</p> <p>Le présent consentement est valide tant et aussi longtemps que j'aurai recours aux services de la clinique ci-haut mentionnée. Je comprends également que je suis libre de donner ces consentements et que je peux les retirer, par écrit, en tout ou en partie, et ce, en tout temps. Je reconnais avoir lu et compris l'information présentée dans ce formulaire et avoir obtenu, le cas échéant, les explications nécessaires à sa compréhension.</p> <p>CONSENTEMENT À LA COLLABORATION ET AU PARTENARIAT AVEC LE CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE</p> <p>Certains professionnels de la santé et des services sociaux (ex. infirmières, travailleurs sociaux, physiothérapeutes, pharmacien etc.) donnent des services dans mon groupe de médecine de famille, mais sont des employés du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSSCN).</p> <p>À QUOI JE CONSENS</p> <p>- Transmission de certains renseignements ou documents versés par les employés du CIUSSSCN dans le dossier clinique de mon groupe de médecine de famille afin de s'assurer de la qualité et de la bonne coordination des services.</p> <p>- Transmission de certains renseignements ou documents s'ils sont nécessaires pour évaluer la qualité des services rendus par les employés du CIUSSSCN.</p> <p><u>Renseignements pouvant être demandés :</u></p> <p>- Notes de suivi ou de consultation d'un professionnel ou d'un médecin;</p> <p>- Plans d'intervention d'un professionnel;</p> <p>- Sommaire de suivi clinique, résultats d'examens;</p> <p>À QUI JE DONNE MON AUTORISATION</p> <p>- Au médecin directeur des services professionnels du CIUSSSCN, à condition que le demande inclue les précisions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identité du professionnel concerné par la demande; - Objet spécifique de la demande; - Autres professionnels visés et la raison pour laquelle leurs notes sont requises; - Période de temps visée par la demande; - Engagement de confidentialité prévoyant que : <p>1) les renseignements communiqués ne seront utilisés qu'aux fins indiquées dans mon consentement; et</p> <p>2) que les renseignements communiqués ne seront transmis qu'aux seules personnes autorisées à en prendre connaissance dans le cadre de leurs fonctions au sein du CIUSSSCN.</p> <p>Signature _____ Date _____</p> <div style="text-align: right;">  </div>

Consentement : Amélioration de la qualité et recherche

CONSETEMENTS AMÉLIORATION DES PRATIQUES ET RECHERCHE

Je soussigné.e, _____, (encercler : patient, parent, tuteur, mandataire, curateur) donne mon consentement aux raisons et aux personnes indiquées.

Le présent consentement est valide pour 5 ans à compter de ma signature. Je comprends également que je suis libre de donner ces consentements et que je peux les retirer, par écrit, en tout ou en partie, et ce, en tout temps. Je reconnais avoir lu et compris l'information présentée dans ce formulaire et avoir obtenu, le cas échéant, les explications nécessaires à sa compréhension.

Tout enregistrement sera exclusivement réservé à la fin à laquelle j'aurai consenti et sera conservé en sécurité jusqu'à son utilisation, puis détruit, à moins que j'en décide autrement; Toute utilisation à des fins de contrôle professionnel ou médico-légal sera interdite.

CONSETEMENT À L'AMÉLIORATION CONTINUE DES PRATIQUES CLINIQUES ET ORGANISATIONNELLES

À QUOI JE CONSENS

- Accès aux documents et renseignements contenus dans mon dossier clinique lorsqu'ils sont nécessaires spécifiquement pour aider les cliniciens et gestionnaires de mon groupe de médecine de famille à améliorer leurs pratiques cliniques et organisationnelles.

À QUI JE DONNE MON AUTORISATION

- Médecins de mon groupe de médecine de famille; - Autres professionnels de la santé et des services sociaux (ex. infirmières, travailleurs sociaux, pharmaciens, etc.), agents d'amélioration et gestionnaires de mon groupe de médecine de famille.

Signature _____ Date _____



CONSETEMENT À LA RECHERCHE

À QUOI JE CONSENS

- Accès dénominalisé aux documents et renseignements contenus dans mon dossier clinique et accès non dénominalisé aux enregistrements audio-vidéo des entrevues et activités me concernant dans la clinique lorsqu'ils sont nécessaires à des fins spécifiques et exclusives de projets de recherche approuvés par un comité d'éthique de la recherche d'un établissement de santé et services sociaux ou d'un établissement d'enseignement public du Québec reconnu par les instances gouvernementales de recherche;

- Être contacté au besoin afin de discuter de mon intérêt à consentir à des projets de recherche ou à contribuer à des banques de données issus des réseaux publics de la santé, des services sociaux ou de l'enseignement du Québec ou du reste du Canada. Aucune autorisation d'utilisation des contenus non dénominalisés ne sera donnée à des chercheurs sans l'accord écrit du comité de direction de la clinique.

À QUI JE DONNE MON AUTORISATION

- Médecins de mon groupe de médecine de famille;

- Autres professionnels de la santé et des services sociaux (ex. infirmières, travailleurs sociaux, pharmaciens, etc.) et chercheurs partenaires de mon groupe de médecine de famille et issus des réseaux publics de la santé, des services sociaux ou de l'enseignement du Québec ou du reste du Canada.

Signature _____ Date _____



