



Ottawa Service Collaborative Consentement au partage d'information et à la participation au processus du plan de soins intégré

Nom de l'enfant ou du jeune	Date de naissance

J'accorde mon consentement pour :

- Moi Mon enfant et ma famille L'enfant dont je suis le tuteur légal/la tutrice légale
 Mon enfant

J'ai été informé/informée du processus du plan de soins intégré et je comprends que mon équipe de soins intégrée constitue un partenariat auquel je participe avec les membres de ma famille et/ou les aidants que j'identifie et les organisations suivantes :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Centre psychosocial | <input type="checkbox"/> Ottawa Inuit Children's Centre |
| <input type="checkbox"/> La société d'aide à l'enfance d'Ottawa | <input type="checkbox"/> Parents' Lifelines of Eastern Ontario |
| <input type="checkbox"/> Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario | <input type="checkbox"/> Rideauwood Addiction and Family Services |
| <input type="checkbox"/> Centre d'accès aux soins communautaires | <input type="checkbox"/> Centre Roberts Smart |
| <input type="checkbox"/> Conseil des écoles catholiques du Centre-Est | <input type="checkbox"/> Le Royal Ottawa |
| <input type="checkbox"/> Conseil des écoles publiques de l'Est de l'Ontario | <input type="checkbox"/> St. Mary's Home |
| <input type="checkbox"/> Crossroads Children's Centre | <input type="checkbox"/> Wabano Centre for Aboriginal Health |
| <input type="checkbox"/> Services à la famille Ottawa | <input type="checkbox"/> Bureau des services à la jeunesse |
| <input type="checkbox"/> Maison Fraternité | <input type="checkbox"/> youturn Services d'appui à la jeunesse |
| <input type="checkbox"/> Ottawa Carleton District School Board | <input type="checkbox"/> Autres organismes dont vous consentez à la participation (précisez) : |
| <input type="checkbox"/> Ottawa Catholic School Board | _____ |
| <input type="checkbox"/> Accès Coordonnée d'Ottawa | |

Je comprends que mon équipe de soins intégrée recueillera, échangera, enregistrera et utilisera des renseignements personnels sur moi/mon enfant afin de disposer de l'information nécessaire pour offrir les services qui répondent le mieux à mes besoins ou à ceux de mon enfant et serviront à atteindre les objectifs visés et aussi aux fins suivantes :

1. planifier, surveiller et réviser les services à fournir ;
2. évaluer mes/nos forces et besoins de manière à établir le plan de soins intégré que doivent fournir les organismes et les organisations qui constituent mon équipe de soins intégrée et qui doivent avoir accès à mes renseignements personnels ;
3. permettre à mon équipe de soins intégrée de fournir des services en santé, santé mentale, traitement de la toxicomanie, éducation et services sociaux, selon mes directives.

Je comprends que j'ai le droit de limiter l'information qui est partagée à mon sujet. Je choisis d'imposer les restrictions suivantes :

Organisme/Organisation	Restrictions

J'ai eu l'occasion de discuter du processus du plan de soins intégré et des autres solutions possibles. Je comprends que ma participation/celle de mon enfant au processus du plan de soins intégré sont volontaires et que le maintien de mon engagement/celui de mon enfant dépend de mon consentement.



Ottawa Service Collaborative Consentement au partage d'information et à la participation au processus du plan de soins intégré

Les principes de confidentialité s'appliquent à toute information sur moi/mon enfant qui est échangée entre les membres de mon équipe de soins intégrée. Je comprends que mon équipe de soins intégrée ne divulguera pas intentionnellement quelque information confidentielle qu'elle obtient à mon sujet/à propos de mon enfant sans mon consentement.

Je comprends que l'information sera diffusée sans mon consentement dans trois circonstances précises :

- si un fournisseur de service apprend qu'une personne planifie d'en blesser une autre gravement ;
- si un fournisseur de service estime qu'un enfant de moins de 16 ans risque d'être victime de violence ;
- si le juge saisi de l'affaire devant le tribunal exige que le fournisseur de service lui transmette le dossier de la personne et il décidera si certains renseignements sont pertinents pour le procès.

Je comprends que ce consentement sert aussi à la collecte d'information pour l'évaluation du processus du plan de soins intégré afin de mieux comprendre les facteurs contribuant à la coordination des soins et l'amélioration des services. L'information recueillie sera traitée en toute confidentialité, sera codifiée et ne sera pas identifiée par le nom de la personne. Par mon consentement, j'indique que j'accepte que l'information à mon sujet/à propos de mon enfant, laquelle n'est pas identifiée par mon nom ni par celui de mon enfant, soit incluse dans cette évaluation. Mon nom/celui de mon enfant/d'un membre de la famille ou d'aidants ne seront de quelque façon associés aux résultats de l'évaluation. Je comprends que mon refus de participer à l'évaluation n'aura aucun impact sur les services que je recevrai.

Je comprends que je peux refuser mon consentement ou l'accorder moyennant certaines conditions. Je comprends que je peux retirer mon consentement à tout moment, en remettant un avis écrit à cet effet à mon responsable du processus du plan de soins intégré, mais que ce retrait de consentement n'a pas un effet rétroactif.

J'ai lu et compris l'information qui précède. J'ai été encouragé/encouragée à faire part de toutes mes préoccupations et j'ai obtenu réponse à toutes mes questions. En apposant ma signature ci-dessous, je consens à recevoir des services de mon équipe de soins intégrée dans le cadre du processus du plan de soins intégré. Je reconnais que je recevrai une copie complète de cette formule que je garderai dans mes dossiers.

Le présent consentement est valide pour une période ne dépassant pas un an à partir de la date indiquée ci-dessous.

Nom en caractères d'impression : _____ (enfant/jeune)

Signature : _____ Date (J/M/A) : _____

Nom en caractères d'impression : _____ (parent ou tuteur légal)

Signature : _____ Date (J/M/A) : _____

J'ai passé en revue l'information ci-dessus avec le client ou la cliente :

Nom en caractères d'impression : _____

Signature du membre du personnel : _____ Date (J/M/A) : _____

Retrait de consentement :

En signant ci-dessous, j'indique que je retire mon consentement à participer au processus du plan de soins intégré.

Nom en caractères d'impression : _____ (enfant/jeune)

Signature : _____ Date (J/M/A) : _____