



NOM	PRÉNOM
MDN	NUMÉRO DE VISITE
DATE DE NAISSANCE JJ-MM-AAAA	SEXE
ADRESSE	
SAISIR OU IMPRIMER MANUELLEMENT	

## Consentement à la divulgation de l'information personnelle sur la santé – Télésanté mentale

N° du client chez l'Agence : \_\_\_\_\_ MDN : \_\_\_\_\_

Je, \_\_\_\_\_,  Tuteur/Décideur substitut  
Imprimez le nom (Prénom, Nom)  du Client /de la Cliente

autorise le Service de télésanté mentale à divulguer mes renseignements médicaux personnels de  
\_\_\_\_\_ dans le cadre d'un **Rapport de consultation de Télésanté**  
Nom du client/cliente (Prénom, Nom)

**mentale** destiné aux personnes/ agences Télécopieur  
suivantes : 1. \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Nom de l'Agence référante qui demande l'information  
2. \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Nom du prestataire de soins primaires qui sollicite l'information

Je, \_\_\_\_\_,  Tuteur/Décideur substitut  
Imprimez le nom (Prénom, Nom)  du Client /de la Cliente

autorise l'Agence de coordination de Télésanté mentale et \_\_\_\_\_  
Nom de l'Agence référante qui divulgue l'information  
à divulguer les renseignements médicaux personnels de \_\_\_\_\_  
Nom du client (Prénom, Nom)

au Service de télésanté mentale. **Je consens à la divulgation des renseignements suivants :**

Rapports de consultation  Antécédents médicaux  Résumé de médicaments

Autre : \_\_\_\_\_

J'accepte que l'on communique avec moi afin de connaître de nouvelles avenues de recherche auxquelles je/mon enfant pourrais/pourrait souhaiter participer. Je suis conscient(e) que le fait refuser de participer à des activités d'apprentissage ou de recherche n'aura aucune incidence sur les services que je/mon enfant pourrais/pourrait recevoir par le biais du Service de télésanté mentale.

### AVIS DE LA COLLECTE

Les renseignements recueillis par le biais du Service de télésanté mentale seront entrés dans le système utilisé pour établir et fixer des rendez-vous et d'en améliorer la qualité, ainsi qu'aux fins d'études de recherche approuvées qui ne nécessitent pas de renseignements pouvant identifier le patient, et à toutes autres fins permises ou autorisées en vertu de la loi. Ceci comprend la divulgation de l'information personnelle sur la santé à l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) sous forme d'entité prescrite aux fins de l'article 45 de la Loi sur la confidentialité des renseignements personnels sur la santé de l'Ontario. Les renseignements recueillis de cette façon seront réunis avec d'autres renseignements semblables et aucun participant à ce processus de consultation ne sera individuellement ou spécifiquement identifié.

REQUIS : Imprimez le nom du client/de la cliente \_\_\_\_\_ Signature du client/de la cliente \_\_\_\_\_ Date JJ-MM-AAAA \_\_\_\_\_

Imprimez le nom du parent/tuteur \_\_\_\_\_ Signature du parent/tuteur \_\_\_\_\_ Date JJ-MM-AAAA \_\_\_\_\_