



**Autorisation de divulguer des
renseignements médicaux**

Adresse de retour

1. Je demande à _____ de remplir ce formulaire pour moi. _____
(Nom de la personne qui remplit le formulaire) _____
(Signature du patient/personnel représentant)
2. Je soussigné, _____ permet le DPH à autoriser _____ à m'accompagner lors de mon rendez-vous le _____, et je comprends que l'on puisse discuter de renseignements médicaux protégés lors de ce rendez-vous.
3. Je soussigné, _____ autorise _____ à divulguer les renseignements médicaux protégés suivants à partir du dossier médical de _____
Nom du patient _____ Date de naissance _____

Initiales du patient Tout ce qui s'applique. (Cocher « TOUT » sous un type de service comprend les résultats de laboratoire pour ce type de service.)

Type de service	Initiales	Tout	Spécifique	Type de service	Initiales	Tout	Spécifique
Abus d'alcool/d'autres substances				Santé mentale			
CYSHCN				Visite à domicile d'un nouveau-né			
Planification familiale				Nurse-Family Partnership			
VIH/SIDA				MST			
Soins à domicile				Tuberculose			
Vaccinations				WIC			
Tests de laboratoire/diagnostic				Autre			

Je ne souhaite PAS que les renseignements suivants soient divulgués :

_____ / _____. (Initiales du patient)

4. Objectif de la divulgation des renseignements : (initiales du patient 1) _____ poursuite du traitement ; ou _____ copie personnelle ; ou _____ raison juridique ; ou autre (saisir le motif de la divulgation et les initiales) _____
5. Cette autorisation est effective : (initiales du patient 1) _____ Pendant un an à compter d'aujourd'hui ; ou _____ Jusqu'à la sortie du patient du programme ; ou autre (le patient saisit une date ou un événement spécifique et ses initiales) _____
Je comprends qu'une copie de cette autorisation peut être considérée comme un original.
6. Vous pouvez divulguer mes renseignements médicaux protégés à la personne ou à l'entité nommée au point 3 ci-dessus des façons suivantes :
 a) Par _____ fax (initiales du patient ici) Numéro de fax _____
 b) Par e-mail _____ (initiales du patient ici) Adresse e-mail _____
 c) Par courrier _____ (initiales du patient ici) Adresse postale _____.
Je comprends que la confidentialité ne peut être garantie en envoyant les renseignements me concernant par ces méthodes.

7. _____ Signature du/de la patient(e) ou du/de la représentant(e) personnel(le) _____ Date _____ Témoin - UNIQUEMENT si le patient ne peut pas signer ou signe avec un « X » _____ Date _____

(Nom du patient en majuscules) _____ Relation avec le représentant personnel (en cas de signature par un représentant personnel) _____

Je comprends que je peux demander à voir ou à recevoir une copie des renseignements me concernant avant qu'ils ne soient divulgués. Je comprends que les renseignements divulgués à ma demande peuvent être divulgués à nouveau par la personne qui les reçoit et peuvent ne plus être protégés par la loi fédérale ou d'État. Je comprends que le DPH ne peut conditionner le traitement, l'inscription ou l'admissibilité aux prestations si je refuse de signer cette autorisation ; cependant, je comprends que je peux ne pas être admissible aux services de certains programmes si je refuse d'autoriser la divulgation des renseignements nécessaires au traitement, au paiement, à l'inscription ou à l'admissibilité aux prestations.

Copie de ce formulaire fournie au patient ou copie refusée ou copie envoyée par courrier au patient

8. Révoquer cette autorisation : Je comprends que je peux révoquer cette autorisation à tout moment en signant ci-dessous, sauf lorsque des renseignements ont déjà été divulgués en vertu de cette autorisation ou pour obtenir des prestations d'assurance.

(Patient/représentant autorisé) Date : _____

(Témoin : requis si le patient ne peut pas signer ou signe avec un « X ») Date : _____

(L'étiquette du patient peut être utilisée ici)

Nom du patient : _____

Date de naissance : _____

Renseignements divulgués à :

1. Nom : _____
Adresse : _____
Ville/État/Code postal: _____
Autre : _____

2. Nom : _____
Adresse : _____
Ville/État/Code postal : _____
Autre : _____

3. Nom : _____
Adresse : _____
Ville/État/Code postal : _____
Autre : _____

4. Nom : _____
Adresse : _____
Ville/État/Code postal : _____
Autre : _____

5. Nom : _____
Adresse : _____
Ville/État/Code postal : _____
Autre : _____

6. Nom : _____
Adresse : _____
Ville/État/Code postal : _____
Autre : _____

7. Nom : _____
Adresse : _____
Ville/État/Code postal : _____
Autre : _____

8. Nom : _____
Adresse : _____
Ville/État/Code postal : _____
Autre : _____

9. Nom : _____
Adresse : _____
Ville/État/Code postal: _____
Autre : _____

10. Nom : _____
Adresse : _____
Ville/État/Code postal : _____
Autre : _____

Date de divulgation/signature des renseignements :

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

(L'étiquette du patient peut être utilisée ici)

Numéro de dossier médical du patient : _____
Nom du patient : _____
Date de naissance : _____

Instructions pour remplir l'autorisation de divulgation des renseignements médicaux

1623-FRE-DPH

Objectif : ce formulaire est utilisé pour obtenir l'autorisation du patient, du parent ou du tuteur légal de divulguer des renseignements médicaux d'une entité à une autre. (du DPH vers une autre entité ou d'une autre entité vers le DPH). Une autre entité peut exiger que nous utilisions son formulaire d'autorisation pour la divulgation de renseignements contenus dans ses dossiers.

Remarque : les renseignements secondaires (renseignements non créés par le DPH qui sont archivés dans nos dossiers) seront divulgués si le patient nous demande de les divulguer ou s'ils sont nécessaires à la poursuite des soins du patient. Si les renseignements secondaires portent la mention « Ne pas divulguer à nouveau », ils doivent être divulgués par l'entité qui les a créés, et non par le DPH.

Instructions article par article :

1. Si le patient demande de l'aide pour remplir ce formulaire, saisissez le nom de la personne qui l'aide et le patient signe ici.
2. a) Saisissez le nom du patient qui demande à être accompagné lors de la visite au DPH.
b) Saisissez le nom de la personne qui accompagne le patient.
c) Saisissez la date de la visite. Si c'est tout ce que le patient demande, passez au numéro 7.
3. a) Saisissez le nom de la personne autorisant la divulgation des renseignements médicaux. (patient, parent ou tuteur légal)
b) Saisissez l'entité qui publie les renseignements (si le DPH publie des renseignements, saisissez « DPH »). Si une autre entité utilise ce formulaire pour divulguer ses renseignements au DPH, le nom de cette entité sera saisi ici.)
c) Saisissez le nom du patient dont les renseignements médicaux sont divulgués. S'il s'agit du même nom que celui saisi au point 3a) ci-dessus, « moi-même » peut être saisi au lieu de ressaisir le nom.
d) Saisissez l'entité à laquelle les dossiers sont communiqués (si le DPH diffuse les renseignements, saisissez le nom de l'entité à laquelle le DPH diffuse les renseignements). Si une autre entité utilise ce formulaire pour divulguer des renseignements médicaux provenant de ses dossiers au DPH, saisissez DPH.)
e) Le patient paraphe la case à côté des dossiers à divulguer. Cocher « Tous les dossiers » pour un domaine du programme inclut les résultats de laboratoire pour ce domaine du programme. Si seule une partie des dossiers d'un domaine du programme doit être divulguée, dressez la liste des sections du dossier à divulguer et demandez au patient de paraphe. **Les dossiers de planification familiale des mineurs ne doivent pas être divulgués sans l'autorisation du mineur, sauf si une ordonnance valide du tribunal est reçue.** Les renseignements sur le VIH ou les MST ne peuvent pas être divulgués sans que le patient ait paraphé ce domaine du programme et coché « tous » les dossiers ou fourni des détails dans la colonne « spécifique ».
Si cette divulgation est utilisée pour envoyer des renseignements médicaux à plusieurs entités (lorsque cela est autorisé), saisissez « Voir au verso de ce formulaire #1-#X ». (par exemple, si les renseignements sont envoyés par courrier à 3 entités différentes, saisissez « Voir au verso de ce formulaire #1-#3 »). **Les renseignements divulgués et l'objectif de la divulgation doivent être les mêmes pour chaque entité ou des autorisations distinctes doivent être remplies pour chacune des entités.**
f) Si le patient ne souhaite pas que certains renseignements soient divulgués, il peut le préciser ici et paraphe.
g) Si l'autorisation implique la divulgation de « notes de psychothérapie », elle ne peut être cumulée avec aucune autre autorisation de divulgation de renseignements médicaux. (les autorisations de divulguer des notes de psychothérapie doivent être distinctes de toutes les autres.)
4. Objet de la divulgation de renseignements- le patient paraphe l'objet de la divulgation de renseignements médicaux. (pour la suite du traitement, pour la facturation, pour une copie personnelle, etc.) Saisissez UN SEUL objectif par formulaire.
5. L'autorisation est en vigueur jusqu'au- saisissez une date spécifique ou un événement spécifique à partir de laquelle/duquel le patient souhaite que l'autorisation expire. (un exemple d'événement serait « jusqu'à ce qu'il quitte le programme ») Si une date est saisie, la date **ne doit pas dépasser un an**. Si un événement est saisi, il **peut dépasser un an**.
6. Divulgation de renseignements médicaux protégés.
 - a) le patient paraphe ici pour autoriser le DPH à faxer des renseignements médicaux protégés à l'entité nommée sur ce formulaire. Saisissez le numéro de fax, si connu.
 - b) le patient paraphe ici pour autoriser le DPH à communiquer par e-mail. Saisissez l'adresse e-mail, si connue.
 - c) le patient paraphe ici pour autoriser le DPH à envoyer par courrier des renseignements médicaux protégés à l'entité nommée sur ce formulaire. Saisissez l'adresse postale.
7. Signature/Date : Le patient, le tuteur légal ou le représentant personnel signe ici et saisit la date à laquelle le formulaire est rempli.
Témoin/Date : un témoin signe et date ici **UNIQUEMENT si le patient/représentant personnel ne peut pas signer ou signe avec un « X »**. Nom en majuscules : écrivez en majuscules le nom du patient/représentant personnel qui signe le formulaire.
Lien avec le représentant personnel : si quelqu'un d'autre que le patient signe le formulaire, saisissez le lien de cette personne avec le patient.
Le patient se verra proposer une copie du formulaire 1623-FRE-DPH rempli. Si une copie est fournie au patient, le membre du personnel du DPH vérifie qu'une copie a été fournie. Si la copie a été refusée par le patient, le membre du personnel du DPH vérifie que la copie a été refusée. Si le patient demande qu'une copie lui soit envoyée par courrier, le membre du personnel du DPH vérifie qu'une copie a été envoyée par courrier, puis envoie une copie par la poste au patient.

La loi HIPAA exige que nous permettions au patient de demander à consulter ou à obtenir une copie de ses renseignements médicaux protégés avant leur divulgation. La loi HIPAA exige que nous informions le patient qu'une fois que nous divulguons des renseignements à une autre entité, ils peuvent être à nouveau divulgués par le destinataire et peuvent ne plus être protégés par la loi de l'État ou fédérale. (l'entité recevant les renseignements peut ne pas être « couverte » par la loi HIPAA et, par conséquent, ne serait pas couverte par les lois de confidentialité de la loi HIPAA.)

La loi HIPAA exige que nous informions le patient que s'il refuse de signer l'autorisation de divulgation de renseignements, nous ne pouvons pas refuser le traitement, le paiement, l'inscription ou l'admissibilité aux prestations ; et cela ne nous empêchera pas de fournir un traitement au patient ni de percevoir le paiement des services rendus. Le nom de l'entité qui divulgue les dossiers est inscrit dans le premier espace. Certains programmes du DPH nous obligent à divulguer des renseignements nécessaires au traitement, au paiement, à l'inscription ou à l'admissibilité aux prestations avant d'inscrire un patient au programme. Dans ce cas, saisissez le nom du programme ici.

8. Révoquer cette autorisation- si le patient souhaite révoquer cette autorisation, il peut le faire à tout moment en signant et en datant **l'autorisation originale** ici. L'autorisation est révoquée à la date de signature du patient. La signature d'un témoin est requise **UNIQUEMENT si le patient ne peut pas signer ou signe avec un « X »**. La date à laquelle le témoin signe est inscrite ici.
9. Le numéro du dossier médical du patient, son nom et sa date de naissance sont inscrits dans le coin inférieur droit. L'étiquette du patient peut être utilisée à la place, si ce choix est préféré.

DEUXIÈME PAGE du formulaire :

1. Dans la première colonne, saisissez le nom / l'adresse / la ville / l'État / le code postal auxquels les renseignements sont envoyés. Si d'autres renseignements sont nécessaires, inscrivez-les à côté de la mention « Autre ». S'il s'agit d'une divulgation à une seule entité et que les renseignements sont fournis sur la première page, le membre du personnel du DPH peut se référer à ces renseignements au lieu de les saisir à nouveau.
2. Dans la deuxième colonne, saisissez les renseignements qui sont divulgués, la signature de la personne qui divulgue les renseignements et la date à laquelle les renseignements sont divulgués.

Traitement et archivage :

Ce formulaire doit être archivé dans le dossier médical complet conformément à la version actuelle de la section « Format des dossiers médicaux » du Manuel des politiques sur les dossiers médicaux. Le calendrier de conservation des dossiers médicaux complets s'applique.

Si vous avez des questions sur la façon de remplir ou d'utiliser ce formulaire, veuillez contacter le responsable de la confidentialité du DPH ou le service juridique du DPH.