

ADRESSOGRAPHE

## CONSENTEMENT AU PROGRAMME DES CLINIQUES D'INSUFFISANCE CARDIAQUE

**Je, soussigné (e),** Cliquez ici pour taper du texte., après avoir lu les informations présentées dans le dépliant explicatif intitulé « *Consentement au Programme des cliniques d'insuffisance cardiaque* » et obtenu une réponse satisfaisante à toutes mes questions, **comprends :**

- Ce qu'est le « Programme des cliniques d'insuffisance cardiaque de l'établissement » Cliquez ici pour taper du texte..
- Ce que sont les objectifs et les finalités concernant l'accès aux renseignements cliniques personnels me concernant pour les soins et services prévus au Programme des cliniques d'insuffisance cardiaque ainsi que les modalités de fonctionnement concernant l'accès, l'utilisation, la communication, la conservation, la destruction et le droit de rectification des renseignements personnels me concernant sans aucunement mettre en cause mon droit d'avoir accès et de recevoir les soins et les services de santé requis par mon état de santé.
- Que la communication de renseignements personnels nécessaires, mentionnés ci-après pour orienter les soins, les interventions et les services requis par mon état de santé lors d'une consultation dans un autre établissement participant au Programme des cliniques d'insuffisance cardiaque mentionné ci-après est possible.
- Que ces renseignements personnels sont accessibles seulement au personnel autorisé comme le médecin traitant, le cardiologue, les différents intervenants des établissements participant au Programme des cliniques d'insuffisance cardiaque.
- Que ce consentement est valide pour une durée de 5 ans.
- Que je peux annuler en tout temps ce consentement en avisant le professionnel qui travaille à la clinique d'insuffisance cardiaque de mon établissement et en signant le *Formulaire de révocation*. Toutefois, cela n'exclut pas que je reçoive des soins, des interventions et des services des établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

### **Je confirme :**

- Avoir lu le dépliant explicatif sur le sujet.
- Avoir eu l'occasion de poser toutes mes questions et qu'on y a répondu à ma satisfaction.
- Avoir disposé du temps nécessaire pour prendre ma décision.
- Être libre d'accepter la participation au Programme des cliniques d'insuffisance cardiaque.
- Avoir reçu une copie signée et datée du présent formulaire.

## ADRESSOGRAPHE

**Je consens** à participer au Programme des cliniques d'insuffisance cardiaque et à ce que les personnes autorisées exerçant leurs fonctions dans les établissements participant à ce programme qui me prodiguent des soins accèdent aux renseignements personnels me concernant fournis au dossier des cliniques d'insuffisance cardiaque de chacun de ces établissements quel que soit le support utilisé nécessaire aux fins des soins que je reçois à partir de Cliquez ici pour entrer une date. pour une durée de cinq (5) ans.

Signé à Cliquez ici pour taper du texte., ce Cliquez ici pour entrer une date., Cliquez ici pour taper du texte. en qualité d'utilisateur ou Cliquez ici pour taper du texte.de la personne pouvant donner un consentement au nom de l'utilisateur Cliquez ici pour taper du texte..

Signé à Cliquez ici pour taper du texte., ce Cliquez ici pour entrer une date..

Cliquez ici pour taper du texte. en qualité de Cliquez ici pour taper du texte..

Renseignements personnels nécessaires dans le Programme des cliniques d'insuffisance cardiaque

# ADRESSOGRAPHE

## PROGRAMME DES CLINIQUES D'INSUFFISANCE CARDIAQUE

### Révocation du consentement

**Je, soussigné (e),** Cliquez ici pour taper du texte., **révoque** le consentement que j'ai antérieurement donné relativement au Programme des cliniques d'insuffisance cardiaque de l'établissement Cliquez ici pour taper du texte..

Je comprends qu'à partir de Cliquez ici pour entrer une date. aucun de ces renseignements personnels me concernant ne sera communiqué à l'extérieur de l'établissement où je reçois des soins, des interventions et des services.

Je comprends que les renseignements personnels déjà communiqués avec mon consentement seront conservés dans les dossiers respectifs des établissements participant au Programme des cliniques d'insuffisance cardiaque.

Je comprends que seul un nouveau consentement écrit de ma part pourra annuler cette révocation.

Je confirme avoir eu l'occasion de poser toutes mes questions et qu'on y a répondu à ma satisfaction.

Signé à Cliquez ici pour taper du texte., ce Cliquez ici pour entrer une date..

Cliquez ici pour taper du texte. en qualité d'utilisateur ou de la personne pouvant donner un consentement au nom de l'utilisateur Cliquez ici pour taper du texte., Cliquez ici pour taper du texte..

Signé à Cliquez ici pour taper du texte., ce Cliquez ici pour entrer une date., Cliquez ici pour taper du texte. en qualité de Cliquez ici pour taper du texte..

Renseignements personnels nécessaires dans le Programme des cliniques d'insuffisance cardiaque