



# Plan de services individualisé et intersectoriel

## CONSENTEMENT DE L'USAGER à l'échange de renseignements personnels

Date de naissance \_\_\_\_\_ No de dossier \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 année mois jour

Nom et prénom à la naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_ Sexe M  F   
 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ind. rég.

Dans le cadre du Plan de services individualisé, les organismes cités ci-dessous travailleront ensemble pour vous offrir des soins et des services de qualité.

### But de la demande

Je comprends que ma situation ou celle de mon enfant nécessite des services dispensés par des équipes professionnelles de différents organismes.

J'autorise les professionnels de ces organismes à échanger **entre eux** tous les renseignements personnels pertinents et nécessaires pour m'assurer une meilleure continuité de soins et de services.

Je comprends que ces équipes professionnelles échangeront entre elles, dans la plus grande confidentialité, uniquement l'information nécessitée par mes soins et mes services ou ceux de mon enfant.

### Organismes pouvant émettre et recevoir les renseignements personnels requis

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Centre de Santé et de Services Sociaux d'Arthabaska-Érable     | <input type="checkbox"/> Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec -Institut universitaire (CRDITED MCQ IU) |
| <input type="checkbox"/> Centre Jeunesse Mauricie Centre-du-Québec                      | <input type="checkbox"/> Services de garde éducatifs à l'enfance<br>Nom du service de garde : _____  |
| <input type="checkbox"/> Centre de réadaptation l'InterVal                              | <input type="checkbox"/> Autres organismes<br>Nom : _____  |
| <input type="checkbox"/> Centre de réadaptation Domrémy                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Commission scolaire des Bois-Francis<br>Nom de l'école : _____ |  |

Le consentement est valide pour une durée d'un an à compter de la date de la signature. En tout temps, un des signataires peut mettre un terme au consentement. Il peut être révoqué par l'un des signataires pour la partie qui le concerne.

Refus d'échange d'information

### Signature des personnes concernées

Parent concerné (mère) : \_\_\_\_\_

Parent concerné (père) : \_\_\_\_\_

Tuteur : \_\_\_\_\_

Enfant concerné (14 ans et plus) : \_\_\_\_\_

Témoin (intervenant et nom de l'organisme) : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 année mois jour

Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable

