

Dossier : _____

Nom : _____

DDN : _____

AUTORISATION DE COMMUNIQUER VERBALEMENT DES RENSEIGNEMENTS

Je, soussigné-e, _____
Nom, prénom

En ma qualité de _____
Usager ou représentant légal (parent, tuteur, curateur, mandataire)

J'accepte ou je refuse l'échange verbal de renseignements entre les intervenants suivants :

(à cocher)

(Nom, profession, établissement)

Professionnel ou Médecin traitant : _____

Établissement scolaire : _____

Autre(s) personne(s) clairement identifiée : _____

Autre(s) établissement(s) clairement identifié : _____

ET

Intervenant (s) du CLSC _____ : _____
(Installation) (Nom, profession et/ou nom du département)

Les renseignements transmis à mon sujet ne concernent que l'épisode de services en cours et ils s'articulent autour des aspects suivants :

(à cocher)

(Initiales de l'usager ou du représentant légal)

Santé physique _____

Aspect social _____

Aspect psychologique _____

Autres _____

Précisez : _____

Signature de l'usager (14 ans et plus)
ou de son représentant légal (parent, tuteur, curateur, mandataire)

Année / Mois / Jour

Témoin à la signature

Année / Mois / Jour

Cette autorisation est valable pour la durée du suivi à compter de la date de la signature de ce document. Elle est révoquée en tout temps par simple avis verbal ou écrit de la part de l'usager ou de son représentant légal.

RÉVOCATION DE LA PRÉSENTE AUTORISATION

Année / Mois / Jour