

Centre de santé et de services sociaux
de Dorval-Lachine-LaSalle

Guichet d'accès santé mentale - Adulte
1900 rue Notre-Dame, Lachine QC H8S 2G2

**CONSENTEMENT À LA COMMUNICATION
DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Identification du client :	

# de dossier	

Nom et prénom	

Adresse	
(____) _____	(____) _____
Téléphone (domicile)	Téléphone (travail)
__/__/__	_____
Date de naissance	NAM

Vous (ou la personne que vous consultez) avez fait une demande de services auprès du CSSS Dorval-Lachine-LaSalle ou de l'Institut Douglas pour vous aider à faire face à certaines difficultés d'ordre psychologique ou psychosocial que vous vivez présentement. Votre demande sera traitée comme suit :

1. Votre demande sera transmise au **Guichet d'accès en santé mentale – Adulte** qui est la porte d'entrée pour les services de santé mentale. Une infirmière de liaison en santé mentale ou un travailleur social s'assurera que l'information contenue dans votre demande est complète. Ces personnes pourront vous contacter (ou contacter la personne qui vous a référé) afin de compléter les informations si besoin.
2. Votre demande sera ensuite discuté lors d'un comité. Ce comité est composé de professionnels en santé mentale (ex. infirmier, travailleurs sociaux, psychologues, médecins, psychiatres) travaillant :
 - pour le CSSS de Dorval-Lachine-Lasalle, et
 - pour l'Institut Douglas.

Le comité inclut aussi un intervenant en santé mentale provenant de l'organisme communautaire suivant : Projet Suivi Communautaire.

Objectif et fonctionnement du comité : Le comité sera chargé d'étudier votre demande et de prendre une décision concernant le ou les service(s) le(s) plus approprié(s) pour répondre à vos besoins. Pour prendre la meilleure décision concernant l'orientation de votre demande, les professionnels du comité et l'intervenant de l'organisme communautaire ont besoin d'échanger entre eux certaines informations qui vous concerne. Il peut s'agir d'informations concernant :

- vos données d'identification (ex. nom, âge, sexe, secteur de résidence, statut civil),
- vos difficultés actuelles,
- votre histoire de vie,
- vos antécédents psychiatriques, s'il y a lieu,
- votre médication, et
- vos consultations actuelles ou passées auprès de professionnels.

Nous tenons à vous assurer que toute communication de renseignements est effectuée en conformité avec les lois et règlements en vigueur et n'est permise qu'entre les membres du comité, vous et la personne qui vous a référé, le cas échéant. Vous et la personne qui vous a référé, serez informés de la décision du comité.

Je reconnais avoir été dûment informé(e) des objectifs du présent consentement à la communication des renseignements personnels. Je consens à ce que ma demande soit étudiée par le **Comité du guichet d'accès en santé mentale – Adulte**. Je comprends que les informations me concernant pourront être partagées entre les professionnels et intervenants du comité dans le but de bien orienter ma demande.

- J'accepte également qu'un intervenant provenant de Projet Suivi Communautaire soit présent lors de l'étude de mon dossier par le comité.
- J'accepte que ma demande soit étudiée par le comité mais **je n'accepte pas** qu'un intervenant de Projet Suivi Communautaire soit présent lors de l'étude de mon dossier.

Je comprends que je peux révoquer mon consentement, verbalement ou par écrit, à tout moment sans que cela n'affecte la qualité de mes services.

Cette autorisation est valable pour une période de _____ jours à compter de la date de la signature de ce document.

Signataire : client ou personne autorisée

Date

Témoin à la signature

Date