



Formulaire de consentement donné par le patient à l'organisation du Professionnel Participant

_____ (« _____ »)

J'ai reçu le document portant le titre « Système d'échange d'informations médicales dans le Brooklyn : Fiche informative » qui explique comment fonctionne le Système d'échange d'informations médicales dans le Brooklyn (« BHIX »), comment il opère et comment il permet que les informations médicales me concernant soient consultées par les hôpitaux, les maisons de soins, les agences de soins à domicile et les autres professionnels de la santé qui participent au BHIX. Si je signe ce formulaire en tant que Représentant Légal du Patient, je sais que toutes les références faites dans ce formulaire sous la forme de « je » ou de « moi », concernent le patient.

Chaque organisation de professionnel participant (« Professionnel Participant ») qui s'occupe de ma santé devra obtenir mon consentement séparément pour avoir accès à mes informations médicales par le biais du BHIX. [_____] est un Professionnel Participant du BHIX. J'ai conscience que si je donne mon consentement ci-dessous, j'autorise par la présente [_____] y compris les personnes autorisées par [_____] à utiliser le BHIX, à consulter mes informations médicales par le biais du BHIX.

- Objet :** J'ai conscience que mes informations médicales seront utilisées uniquement pour me prescrire un traitement médical et pour évaluer et améliorer la qualité des soins médicaux fournis par [_____] à ses patients.
- Types d'informations :** J'ai conscience que ce consentement permet à [_____] de consulter TOUTES mes informations médicales, y compris sans limitations, les informations sensibles suivantes :
 - HIV/SIDA
 - Maladies génétiques ou analyses génétiques
 - Maladies sexuellement transmissibles
 - Santé mentale
 - Traitement pour cause d'abus d'alcool ou de stupéfiants
 - Planification familiale
- Sources des informations médicales :** Les informations disponibles sur le BHIX viennent de sources diverses (« Sources d'informations médicales »). Elles peuvent être fournies par les professionnels participants, autres que les professionnels de la santé (comme les pharmacies et les laboratoires d'analyses cliniques), les assurances maladies, le programme Medicaid de l'État de New York et d'autres systèmes d'échanges d'informations médicales. La liste complète des sources médicales mise à jour peut être vue sur www.bhix.org. Cette liste peut changer de temps en temps, au fur et à mesure de l'évolution du BHIX.
- Ce consentement permet à [_____] d'avoir accès à mes informations médicales antérieures et postérieures à la date de la signature de ce formulaire. J'ai conscience que les informations me concernant ne peuvent être divulguées par [_____] que dans les limites permises par les lois et les réglementations applicables. J'ai conscience que si je donne mon consentement, il sera effectif jusqu'au jour où je le retirerai ou que le BHIX cessera de fonctionner.
- J'ai conscience que si je change d'avis et que je souhaite retirer mon consentement, je peux signer le Formulaire de retrait de consentement. Si je retire mon consentement, [_____] ne pourra plus consulter couramment mes informations médicales par le biais du BHIX, sauf si je lui redonne mon consentement en signant et remplissant un nouveau formulaire de consentement. Le retrait de consentement n'affectera pas l'échange des informations médicales faits pendant que mon consentement était encore valable.
- J'ai conscience que si je refuse le consentement ci-dessous, [_____] n'aura pas accès à mes informations médicales par le biais du BHIX – même dans les cas d'urgence.
- J'ai conscience que la décision de participer au BHIX n'est pas obligatoire. Aucun professionnel de la santé ne refusera de me soigner et mon accès à une assurance maladie ne sera pas affecté si je ne participe pas au BHIX.
- J'ai conscience que je recevrai un exemplaire de ce formulaire après l'avoir signé.

Je soussigné : **Donne mon consentement** **Refuse mon consentement**

à [_____] pour qu'il ait accès à TOUTES mes informations médicales, provenant de toutes les Sources d'informations médicales, par le biais du BHIX.

Nom du patient en lettres capitales

Date de naissance du patient

Signature du patient ou de son représentant légal

Date

Nom en lettres capitales du représentant légal
du patient (le cas échéant)

Lien de parenté du représentant légal du patient