

Consentement au partage des données du patient de la maison de santé

Nom de la maison de santé _____

En signant le présent document, vous acceptez votre insertion au sein de la maison de santé _____ . Pour ce faire, le personnel soignant et le personnel qui s'occupera de vous doivent pouvoir s'échanger des informations relatives à vos soins et votre dossier. Votre séjour dans une maison de santé vous permettra de profiter de ce dont vous avez besoin, tout en profitant des soins de santé et de l'assurance maladie même si vous ne signez pas ce formulaire ou si vous ne voulez pas vous trouver dans la maison de santé.

La maison de santé pourra obtenir votre dossier médical auprès des partenaires figurant au bas de ce formulaire et/ou d'autres intermédiaires par le biais du système informatique géré par _____ , la Regional Health Information Organization (RHIO, Organisation des données médicales régionales) et/ou du système informatique PSYCKES géré par le New York State Office of Mental Health (Bureau pour la santé mentale de l'État de New York). La RHIO utilise un système informatique pour rassembler et conserver les informations de santé, dont les dossiers médicaux, en provenance des médecins et du personnel soignant qui en font partie. La RHIO peut uniquement communiquer votre dossier aux personnes pour qui vous nous donnez votre autorisation. PSYCKES est un système informatique qui rassemble et conserve le traitement prescrit par vos médecins et les prestataires de soins de santé qui font partie du programme Medicaid.

Si vous acceptez de signer ce formulaire, la maison de santé et les partenaires repris sur ce formulaire pourront obtenir, voir, lire, copier et partager entre eux L'INTÉGRALITÉ de votre dossier médical (dont toutes les données que la maison de santé obtiendra de la RHIO et/ou de PSYCKES) afin de vous prodiguer les soins nécessaires, vous prendre en charge ou étudier votre traitement afin d'offrir de meilleurs soins aux patients. Les données ainsi obtenues, consultées, copiées et partagées pourront être antérieures ou postérieures à la date de signature de ce formulaire. Votre dossier médical peut contenir des données sur les maladies ou les blessures que vous avez subies, les résultats des tests, comme les radiographies ou les analyses de sang, ainsi que les médicaments que vous prenez ou avez pris. Votre dossier peut aussi contenir des données sur :

1. cures pour alcoolisme ou consommation de drogue que vous suivez ou avez suivies ;
2. services de planification familiale, comme la contraception et l'avortement ;
3. maladies héréditaires ;
4. VIH/SIDA ;
5. maladies mentales et/ou
6. maladies sexuellement transmissibles (maladies que vous pouvez contracter pendant des rapports sexuels).

Votre dossier est confidentiel et ne pourra en aucun cas être transmis à quiconque sans votre autorisation préalable, en vertu des lois et règlements en vigueur au sein du New York State et aux États-Unis. Les partenaires pouvant obtenir et voir votre dossier doivent respecter ces lois. Ils ne peuvent en aucun cas transmettre votre dossier à autrui à moins d'avoir obtenu votre accord ou à condition que la loi autorise cette divulgation. Ces conditions demeurent valables que votre dossier se trouve sur un système informatique ou sur papier. Certaines lois régissent les traitements relatifs au VIH/SIDA, aux maladies mentales et à la consommation de drogue ou d'alcool. Les partenaires utilisant ces données ainsi que la maison de santé doivent obéir à ces lois et règlements.

Veillez lire toutes les informations figurant sur ce formulaire avant de le signer.

J'ACCEPTÉ d'intégrer la maison de santé _____ et que celle-ci récupère TOUT mon dossier médical auprès des partenaires figurant au bas de ce formulaire ainsi que d'autres par le biais de la _____ RHIO et/ou de PSYCKES afin de me donner des soins ou d'en assurer le suivi, de vérifier si je dispose d'une assurance maladie et le cas échéant, la couverture dont il est question, mais aussi d'étudier et améliorer les soins aux patients. J'ACCEPTÉ par ailleurs que la maison de santé et les partenaires figurant au bas de ce formulaire s'échangent mes données. Je comprends que ce consentement remplace tout autre formulaire de consentement sur le partage des données des patients des maisons de santé que je pourrais avoir signé auparavant et relatif à la mise à disposition de mes données de santé. Je suis libre de changer d'avis et de renoncer à ce consentement à tout moment en signant le Formulaire d'annulation de consentement (DOH-5058) et en le remettant à l'un des partenaires de la maison de santé.

Nom du patient en caractères d'imprimerie

Date de naissance du patient

Signature du patient ou du représentant légal du patient

Date

Nom du représentant légal en caractères d'imprimerie
(le cas échéant)

Rapport entre le représentant légal et le patient
(le cas échéant)

Détails sur les données du patient et le processus de consentement

1. Comment les partenaires utiliseront-ils mes données ?

Si vous marquez votre accord, les partenaires utiliseront vos données pour :

- vous donner des soins et en assurer le suivi ;
- vérifier si vous avez une assurance maladie et ce qu'elle couvre et
- étudier les soins et les améliorer pour les patients.

Le choix que vous faites N'AUTORISE PAS les assureurs à consulter vos données pour décider s'ils peuvent vous couvrir ou payer vos factures. Vous pouvez faire ce choix à l'aide d'un formulaire distinct utilisé par les assurances maladie.

2. D'où viennent les informations constituant mon dossier médical ?

Ces données proviennent des lieux et personnes qui vous ont fourni des soins de santé ou une assurance maladie par le passé. Il peut s'agir d'hôpitaux, de médecins, de pharmacies, de laboratoires, d'assurances maladie, du programme Medicaid et d'autres groupes qui partagent des données en la matière. Vous pouvez obtenir la liste des lieux et personnes en appelant _____ ou en vous adressant à votre responsable.

3. Quelles lois régissent la diffusion de mon dossier médical ?

Parmi ces lois et règlements figurent la Section 33.13 de la New York Mental Hygiene Law, l'Article 27-F de la New York Public Health Law et les règles de confidentialité fédérales, dont les Articles 2 du 42 CFR, et 160 et 164 du 45 CFR (aussi appelées « HIPAA »).

4. Si j'accepte, qui peut obtenir et voir mes données ?

Les seules personnes autorisées à accéder à vos données sont celles pour qui vous avez marqué votre accord, comme les médecins et les autres personnes qui travaillent pour un partenaire de la maison de santé ou qui prennent part à votre traitement, le personnel soignant qui travaille pour un partenaire de la maison de santé qui vous dispense des soins et les personnes qui travaillent pour un partenaire de la maison de santé qui vous dispense des soins afin de lui permettre de vérifier votre couverture de santé, étudier les soins et les améliorer pour les patients. Lorsque vous recevez des soins d'une personne autre que votre médecin habituel, comme une nouvelle pharmacie, un nouvel hôpital ou tout autre prestataire, certaines données, dont les frais couverts par votre assurance maladie ou le nom de votre maison de santé, leur seront accessibles.

5. Que se passe-t-il si une personne utilise mes données sans mon accord ?

Si vous pensez que quelqu'un a utilisé vos données sans votre accord, appelez l'un des partenaires concernés ou appelez le _____ à _____ ou la Medicaid Helpline au 1-800-541-2831.

6. Quelle est la durée de mon consentement ?

Votre consentement restera valable jusqu'à ce que vous le révoquiez ou quittiez le programme de la maison de santé, ou si celle-ci cesse d'exister.

7. Que se passe-t-il si je change d'avis ou révoque mon consentement ?

Vous êtes libre de changer d'avis et de renoncer à ce consentement à tout moment en signant le Formulaire d'annulation de consentement (DOH-5058) et en le remettant à l'un des partenaires de la maison de santé. Si vous acceptez de partager vos données, tous les partenaires de la maison de santé repris au bas de ce formulaire pourront accéder à votre dossier. Si vous ne souhaitez pas que les partenaires de la maison de santé repris sur ce formulaire accèdent à vos données, vous devrez renoncer à votre adhésion au programme de la maison de santé. Pour obtenir le formulaire, appelez le _____ .

Votre responsable vous aidera à remplir le formulaire si nécessaire. Remarque : même si vous décidez par la suite de renoncer à ce consentement, les prestataires disposant de vos données ne sont pas obligés de vous les restituer ou de les supprimer.

8. Comment obtenir une copie de ce formulaire ?

Vous obtiendrez une copie après l'avoir signé.

Partenaires participants

Nom de la maison de santé

Copiez cette page si nécessaire pour dresser la liste de tous les partenaires participants

Initiales du patient

Date

Nom du partenaire participant

Nom du partenaire participant