CONSENTEMENT À L'ACCÈS ET À LA TRANSMISSION DES RENSEIGNEMENTS DE SANTÉ

Nom du patient : _____

Date de naissance : _____

Je, soussigné(e), autorise le médecin de famille auprès duquel je suis inscrit(e) et, le cas échéant, les médecins et professionnels du **groupe de médecine de famille (GMF)** auquel il appartient, à avoir accès aux renseignements personnels et aux informations nécessaires à la prestation des soins de santé ou des services sociaux requis par mon état de santé.

J'autorise également ces médecins et professionnels à transmettre, dans le respect des règles de confidentialité applicables, les renseignements nécessaires à la prestation de mes soins à tout professionnel de la santé ou des services sociaux qui participe à mes soins ou qui est lié à mon équipe de soins.

De plus, je consens à ce que les renseignements et informations pertinents générés lors de consultations ou de visites auprès de professionnels de la santé et des services sociaux soient transmis à mon médecin de famille ainsi qu'aux médecins et professionnels du groupe de médecine de famille (GMF) auprès duquel je reçois des services.

Ce consentement vise à favoriser la continuité, la coordination et la qualité de mes soins et services.

Durée du consentement

Le présent consentement demeure en vigueur pendant toute la durée de mon inscription auprès du médecin de famille et, le cas échéant, du groupe de médecine de famille (GMF). Il cesse de prendre effet lorsque je mets fin à mon inscription.

Je reconnais avoir eu l'occasion de poser des questions relativement à ce consentement et avoir reçu les explications nécessaires à sa compréhension.

SIGNATURE

Nom du patient (en lettres moulées) : _____

Signature du patient ou de son représentant autorisé : _____

Date : _____