



Les  
**cliniques**  
**gériatriques** de la  
**mémoire**

Nom (à la naissance)	Prénom
Date de naissance	Numéro de dossier

## CONSENTEMENT À LA TRANSMISSION D'INFORMATION - CONTINUUM DE SERVICES -

Je confirme avoir été informé des modalités d'organisation des services de la Clinique gériatrique de la mémoire (CGM) et de la nécessité de communiquer sur support papier ou par voie électronique ou technologique des renseignements personnels et médicaux me concernant à différents professionnels et dont je recevrai les services requis par mon état de santé. Je confirme également que j'ai pris connaissance du texte des autocollants mentionnés ci-après.

J'accepte que les professionnels suivants et concernés par ma situation :

- CSSS : \_\_\_\_\_
- Hôpital : \_\_\_\_\_
- Groupe de médecine familiale (GMF)
- Votre pharmacien
- Les services d'urgence et de sécurité publique
- Les organismes communautaires
- Votre médecin de famille et/ou traitant : \_\_\_\_\_

soient avisés que je bénéficie des services des Cliniques gériatriques de la mémoire afin d'établir mon plan de soins et services ainsi que de pouvoir assurer le suivi de ma situation.

J'accepte qu'ils se transmettent entre eux, mais dans la plus grande confidentialité, les renseignements pertinents me concernant.

J'accepte qu'un autocollant informant que je suis inscrit à vos services soit apposé au verso de ma carte d'assurance-maladie ainsi que de mon permis de conduire et que des informations soient échangées selon les directives énoncées.

Ce consentement est valide pour la période durant laquelle je recevrai des services des CGM. Il est à noter que j'aurai la possibilité de révoquer ce consentement en tout temps.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'utilisateur ou de la personne autorisée en vertu de la loi

\_\_\_\_\_  
année    mois    jour

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

Je refuse la transmission des renseignements personnels et médicaux qui me concerne..

\_\_\_\_\_  
Signature de l'utilisateur ou de la personne autorisée en vertu de la loi

\_\_\_\_\_  
année    mois    jour

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

### PERSONNE AUTORISÉE À TITRE DE:

- mandataire     tuteur à la personne     curateur privé ou public à la personne  
 conjoint\*     personne significative (lien)\*

CONSENTEMENT À LA TRANSMISSION  
D'INFORMATIONS DANS LE CADRE D'UN CONTINUUM DE SERVICES