

Nom du patient	Date de naissance	Numéro d'identification du patient
Adresse du patient		

Je soussigné(e) demande à ce que l'on puisse accéder aux informations de santé concernant les soins et les traitements que je reçois, conformément aux modalités indiquées dans le présent formulaire. Je peux décider de permettre ou de ne pas permettre à [redacted] (y compris leurs agents) d'accéder à mes dossiers médicaux par l'intermédiaire de l'organisme d'échange d'informations de santé dénommé Healthix. Si j'y consens, les dossiers médicaux tenus par les différents établissements où je reçois des soins de santé pourront faire l'objet d'un accès via un réseau informatique au niveau de l'État. Healthix est un organisme à but non lucratif ayant pour objet l'échange d'informations concernant la santé des personnes par voie électronique pour améliorer la qualité des soins de santé, relatives à la confidentialité et la sécurité et de sécurité prévues par la loi américaine relative à la portabilité et à la responsabilité en assurance santé (HIPAA), les exigences des lois fédérales relatives à la confidentialité, 42 CFR Part 2 [Code des Règles Fédérales Partie 2], et le droit de l'État de New York. Pour en savoir plus, veuillez vous rendre sur le site Internet de Healthix, accessible à l'adresse suivante : [www.healthix.org](http://www.healthix.org).

**Le choix que j'indique dans le présent formulaire N'AFECTERA PAS mon accès aux soins médicaux. Le choix que j'indique dans le présent formulaire NE permettra PAS aux compagnies d'assurance maladie d'accéder aux informations me concernant dans le but de décider de me fournir (ou non) une couverture d'assurance maladie ou de régler mes factures médicales.**

<p><b>Mon choix en matière de consentement.</b> UNE case est cochée à gauche de mon choix.          Je peux renseigner ce formulaire maintenant ou plus tard.          Je peux également changer d'avis à tout moment, en renseignant un nouveau formulaire.</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>1. J'ACCORDE MON CONSENTEMENT</b> à [redacted] pour accéder à LA TOTALITÉ des informations de santé électroniques me concernant par l'intermédiaire de Healthix, à des fins de prestations de soins de santé.</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>2. JE REFUSE MON CONSENTEMENT</b> à [redacted] pour accéder aux informations de santé électroniques me concernant par l'intermédiaire de Healthix, et cela à quelque fin que ce soit.</p>

Dans le cas où je souhaiterais refuser mon consentement à tous les organismes prestataires et à tous les régimes de santé qui participent à Healthix pour accéder aux informations de santé électroniques me concernant par l'intermédiaire de Healthix, je pourrais exprimer mon refus en me rendant sur le site Internet de Healthix, accessible à l'adresse [www.healthix.org](http://www.healthix.org), ou en appelant Healthix au numéro 877-695-4749.

Mes questions concernant le présent formulaire ont reçu une réponse et une copie de ce dernier m'a été remise.

Signature du patient ou du représentant légal du patient	Date
Nom en caractères d'imprimerie du représentant légal (si applicable)	Rapport liant le représentant légal au patient (si applicable)

**Précisions concernant les informations accessibles par l'intermédiaire de Healthix conformément au processus de :**

1. **Modalités d'utilisation de vos informations.** Les informations de santé électroniques vous concernant seront utilisées **uniquement** pour les services de soins de santé suivants :
  - **Services de traitement.** Pour vous fournir des traitements médicaux et les services y afférents.
  - **Contrôle de l'éligibilité à une couverture d'assurance.** Afin de vérifier si vous disposez d'une assurance maladie et la couverture offerte par cette dernière.
  - **Activités de gestion des soins.** Il peut s'agir de vous assister en vue de l'obtention de soins médicaux appropriés, d'améliorer la qualité des services dont vous bénéficiez, de coordonner la fourniture des différents services de santé dont vous bénéficiez ou de vous aider à suivre un programme de soins de santé.
  - **Activités d'amélioration de la qualité.** Afin d'évaluer et d'améliorer la qualité des soins médicaux fournis, tant à vous-même qu'à l'ensemble des patients.
  
2. **Types d'informations incluses vous concernant.** Si vous accordez votre consentement, l'organisme/les organismes prestataire(s) listé(s) pourra/pourront accéder à LA TOTALITÉ des informations de santé électroniques vous concernant disponibles par l'intermédiaire de Healthix. Il pourra s'agir d'informations générées avant et après la date de la signature du présent formulaire. Vos dossiers médicaux pourront inclure vos antécédents de maladies ou blessures (comme le diabète ou une fracture osseuse), les résultats de vos examens (comme les rayons X ou les tests sanguins) et la liste des médicaments que vous avez pris. Ces informations pourront inclure des données de santé dites « sensibles », incluant, sans toutefois s'y limiter :
 

<ul style="list-style-type: none"> <li>• les problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie ;</li> <li>• les antécédents de contraception et d'avortement (planification familiale) ;</li> <li>• les maladies génétiques (héréditaires) ou les tests génétiques ;</li> <li>• le VIH/SIDA ;</li> <li>• les maladies mentales ;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• les maladies sexuellement transmissibles ;</li> <li>• les médicaments pris et leur posologie ;</li> <li>• les informations de diagnostic ;</li> <li>• les allergies ;</li> <li>• les antécédents de consommation et d'abus de substances ;</li> <li>• les notes cliniques ;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• les résumés de sortie d'hôpital ;</li> <li>• les informations relatives à la situation professionnelle ;</li> <li>• les conditions de vie et d'habitation ;</li> <li>• les soutiens sociaux ;</li> <li>• les demandes de remboursement et les consultations ; et</li> <li>• les tests laboratoire.</li> </ul>
--	---	--
  
3. **L'origine des informations vous concernant.** Les informations vous concernant proviennent des établissements vous ayant fourni des soins médicaux ou des prestations d'assurance maladie. Il peut s'agir d'hôpitaux, de cabinets médicaux, de pharmacies, de laboratoires cliniques, de compagnies d'assurance maladie, du programme Medicaid ou d'autres organismes qui échangent électroniquement des informations de santé. Une liste complète et à jour de ces derniers est disponible auprès de Healthix. Vous pourrez vous procurer une liste actualisée à tout moment en consultant le site Internet de Healthix, accessible à l'adresse [www.healthix.org](http://www.healthix.org), ou en appelant le numéro 877-695-4749.
  
4. **Les personnes qui auront accès à vos informations, si vous y consentez.** Seuls les médecins et d'autres membres du personnel de l'organisme/des organismes que vous aurez autorisés à accéder à vos informations afin d'accomplir les activités autorisées par le présent formulaire, telles que décrites dans le paragraphe un, ci-dessus.
  
5. **L'accès de la part des organismes de santé publique et de collecte d'organes.** Les organismes de santé publique fédéraux, étatiques ou locaux, ainsi que certains organismes de collecte d'organes, sont autorisés par la loi à accéder aux informations de santé sans le consentement des patients, à des fins de santé publique ou de transplantation d'organes déterminées. Ces entités pourront accéder à vos informations par l'intermédiaire de Healthix, à ces fins, que vous ayez accordé ou refusé votre consentement et même dans le cas où vous n'auriez pas rempli de formulaire de consentement.
  
6. **Sanctions en cas d'accès indu à vos informations.** Des sanctions sont prévues en cas d'accès ou d'utilisation indu(e) des informations de santé électroniques des patients. Si, à n'importe quel moment, vous soupçonnez qu'une personne non autorisée aurait pu voir vos informations ou y accéder, veuillez contacter \_\_\_\_\_ au numéro : \_\_\_\_\_, ou visiter le site Internet de Healthix, accessible à l'adresse [www.healthix.org](http://www.healthix.org), ou encore appeler le Département de la santé de l'État de New York (NYS Department of Health) au numéro 518-474-4987, ou suivre la procédure de dépôt de plainte prévue par l'Office fédéral des droits civils (Federal Office for Civil Rights), telle que décrite à l'adresse suivante : <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
  
7. **Nouvelle divulgation des informations.** Tout organisme auquel vous aurez accordé votre consentement pour accéder aux informations de santé vous concernant sera en droit de procéder à une nouvelle divulgation de ces dernières, mais uniquement dans la mesure permise par le droit étatique et fédéral. Les informations afférentes aux traitements en matière d'alcoolisme ou de toxicomanie ou les informations confidentielles sur le statut VIH ne seront accessibles et susceptibles d'une nouvelle divulgation que si elles sont accompagnées des déclarations requises concernant l'interdiction d'une divulgation ultérieure.
  
8. **Durée de validité.** Le présent formulaire de consentement demeurera en vigueur jusqu'au jour où vous modifierez votre choix en matière de consentement, jusqu'à la mort, ou jusqu'à la date à laquelle Healthix cessera ses activités. En cas de fusion de Healthix avec une autre Entité agréée, votre choix en matière de consentement demeurera valable auprès de l'entité résultant de ladite fusion.
  
9. **Modification du choix en matière de consentement.** Vous pourrez modifier votre choix en matière de consentement à tout moment, concernant n'importe quel organisme prestataire ou régime de santé, en soumettant un nouveau formulaire de consentement, indiquant votre nouveau choix. Les organismes qui ont accès à vos informations de santé par l'intermédiaire de Healthix pendant la durée de validité de votre consentement pourront copier ou inclure vos informations dans leurs propres dossiers médicaux. Si, par la suite, vous décidez de modifier votre choix en matière de consentement, ces organismes ne seront pas tenus de restituer vos informations ou de les supprimer de leurs archives.
  
10. **Copie du formulaire.** Vous êtes en droit d'obtenir une copie du présent formulaire de consentement.