

1181

# FORMULE DE CONSENTEMENT (C.A.H.)

- 1. Consentement général
- 2. Départ sans autorisation

Cette formule est applicable dans tous les CENTRES D'ACCUEIL D'HÉBERGEMENT.

N° dossier: \_\_\_\_\_ Date d'admission: \_\_\_\_\_

## 1- CONSENTEMENT GÉNÉRAL (à remplir lors de l'admission ou de l'inscription)

Nom de l'établissement \_\_\_\_\_

J'autorise les médecins, dentistes, pharmaciens et les membres du personnel clinique à me dispenser des soins et services dans le cadre du programme \_\_\_\_\_  
(hébergement régulier-temporaire, pavillon, centre de jour, réadaptation,...)

pour une durée de \_\_\_\_\_  
(indéterminée, nombre de jours, semaines, mois anticipés,...)

De plus, j'autorise l'établissement ainsi que le ou les médecins traitants ou consultants à fournir au ministère de la Santé et des Services sociaux et à la Régie de l'assurance-maladie du Québec les renseignements sur la présente admission ou inscription pour exercer les recours prévus à l'article 151 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements transmis au MSSS et à la RAMQ sont régis par la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels et par la Loi sur l'assurance-maladie.

a            m            d

\_\_\_\_\_

Date

Signataire: bénéficiaire ou personne autorisée

Témoin à la signature

## 2. DÉPART SANS AUTORISATION

Je déclare quitter cet établissement à ma demande, contre l'avis de mon médecin traitant, et malgré le fait que mon plan d'intervention prévoit que j'ai encore besoin de recevoir des soins et des services. Je dégage donc l'établissement, son personnel et mon médecin traitant de toute responsabilité découlant d'un tel départ.

a            m            d

\_\_\_\_\_

Date

a            m            d

\_\_\_\_\_

Date

Signataire: bénéficiaire ou personne autorisée

Témoin à la signature

*N.B.: On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Et le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur) la personne est autorisée à signer.*

**FORMULE DE CONSENTEMENT  
(C.H.) (C.L.S.C.)**

1182

1. Consentement général
2. Consentement à une intervention chirurgicale
3. Consentement à une intervention chirurgicale stérilisante
4. Consentement à l'anesthésie
- 5A, 5B. Consentement à des examens ou traitements particuliers
- 6A, 6B. Refus de subir un examen ou un traitement particulier
7. Départ sans congé

**N.B. :** On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Et le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.

**1- CONSENTEMENT GÉNÉRAL (à remplir à l'admission)**

Nom de l'établissement \_\_\_\_\_  
 J'autorise les médecins, les dentistes et les membres du personnel traitant à me dispenser les soins ou services nécessaires. De plus, j'autorise l'établissement ainsi que les médecins, les dentistes et les membres du personnel traitant à fournir au ministère de la Santé et des Services sociaux les renseignements nécessaires sur la présente hospitalisation, et à la Régie de l'assurance-maladie du Québec, les renseignements nécessaires pour exercer les recours prévus à l'article 10 de la Loi sur l'assurance-hospitalisation ou, à l'article 78 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives et à l'article 151 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones, cris et inuits. Les renseignements transmis au MSSS et à la RAMQ sont régis par la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels et par la Loi sur l'assurance-maladie.

Date a   m   d	Signataire : usager ou personne autorisée	Témoin à la signature
-------------------	---	-----------------------

**2- CONSENTEMENT À UNE INTERVENTION CHIRURGICALE**

J'autorise le docteur \_\_\_\_\_ à pratiquer l'intervention chirurgicale qui comprend la \_\_\_\_\_  
 ou les opérations indiquées ci-après. \_\_\_\_\_  
Spécifier type d'intervention

Je reconnais avoir été informé-e de la nature et des risques ou effets possibles de l'intervention indiquée ci-dessus.  
 J'autorise toute autre opération non prévisible mais qui s'avérerait nécessaire lors de cette intervention chirurgicale et pour laquelle il serait alors impossible d'obtenir mon consentement.  
 J'autorise également l'établissement à disposer des tissus ou organes prélevés.

Date a   m   d	Signataire : usager ou personne autorisée	Témoin à la signature
Date a   m   d	* Contresignataire : médecin ou dentiste responsable de l'intervention	Témoin à la signature

**3- CONSENTEMENT À UNE INTERVENTION CHIRURGICALE STÉRILISANTE**

J'autorise le docteur \_\_\_\_\_ à pratiquer l'intervention chirurgicale qui comprend la \_\_\_\_\_  
 ou les opérations indiquées ci-après. \_\_\_\_\_  
Spécifier type d'intervention

Je reconnais avoir été informé-e de la nature et des risques ou effets possibles de l'intervention indiquée ci-dessus.  
 Je reconnais que la nature de l'intervention proposée et les conséquences qu'elle comporte m'ont été expliquées par le docteur \_\_\_\_\_ et qu'elle est faite dans le but de me rendre stérile. Toutefois, j'ai été informé-e que cette intervention n'assure pas la stérilité dans tous les cas et aucune garantie en ce sens ne m'a été donnée. Je reconnais que si cette intervention chirurgicale réussit, il en résultera pour moi une stérilisation permanente et qu'il me sera donc impossible d'engendrer ou de concevoir un enfant.  
 J'autorise toute autre opération non prévisible mais qui s'avérerait nécessaire lors de cette intervention chirurgicale et pour laquelle il serait alors impossible d'obtenir mon consentement.  
 J'autorise également l'établissement à disposer des tissus ou organes prélevés.

Date a   m   d	Signataire : usager ou personne autorisée	Témoin à la signature
Date a   m   d	* Contresignataire : médecin ou dentiste responsable de l'intervention	Témoin à la signature

**4- CONSENTEMENT À L'ANESTHÉSIE**

Je consens à ce que, à l'occasion de \_\_\_\_\_  
 me soit administrée une anesthésie générale ou \_\_\_\_\_  
 par le docteur \_\_\_\_\_ ou un autre médecin de l'établissement ayant des privilèges en anesthésie.  
 Je reconnais avoir été informé-e de la nature et des risques ou effets possibles de cette anesthésie.

Date a   m   d	Signataire : usager ou personne autorisée	Témoin à la signature
Date a   m   d	* Contresignataire : médecin ou dentiste responsable de l'anesthésie	Témoin à la signature

\* Par sa signature, le contresignataire marque son engagement solidaire avec le contenu du document

1183

**5A- CONSENTEMENT À DES EXAMENS OU TRAITEMENTS PARTICULIERS**

J'autorise le docteur \_\_\_\_\_ à me faire subir l'examen

ou le traitement suivant :

Description de l'examen ou du traitement

Le nombre de traitements de SISMOTHÉRAPIE autorisé, le cas échéant, est de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Je reconnais que le médecin ou dentiste traitant m'a expliqué la nature et les risques ou effets possibles de cet examen ou traitement.

a | Date  
m. | d

Signature : usager ou personne autorisée

Témoin à la signature

**6A- REFUS DE SUBIR UN EXAMEN OU UN TRAITEMENT PARTICULIER**

Je refuse de subir l'examen ou le traitement suivant :

Description de l'examen ou du traitement

Cet examen ou ce traitement m'a été recommandé par :

Nom du médecin ou du dentiste responsable

Je reconnais avoir été informé des risques ou des conséquences que peut entraîner mon refus de subir l'examen ou le traitement qui m'a été recommandé.

a | Date  
m. | d

Signature : usager ou personne autorisée

Témoin à la signature

**5B- CONSENTEMENT À DES EXAMENS OU TRAITEMENTS PARTICULIERS**

J'autorise le docteur \_\_\_\_\_ à me faire subir l'examen

ou le traitement suivant :

Description de l'examen ou du traitement

Le nombre de traitements de SISMOTHÉRAPIE autorisé, le cas échéant, est de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Je reconnais que le médecin ou dentiste traitant m'a expliqué la nature et les risques ou effets possibles de cet examen ou traitement.

a | Date  
m. | d

Signature : usager ou personne autorisée

Témoin à la signature

**6B- REFUS DE SUBIR UN EXAMEN OU UN TRAITEMENT PARTICULIER**

Je refuse de subir l'examen ou le traitement suivant :

Description de l'examen ou du traitement

Cet examen ou ce traitement m'a été recommandé par :

Nom du médecin ou du dentiste responsable

Je reconnais avoir été informé des risques ou des conséquences que peut entraîner mon refus de subir l'examen ou le traitement qui m'a été recommandé.

a | Date  
m. | d

Signature : usager ou personne autorisée

Témoin à la signature

**7- DÉPART SANS CONGÉ**

Je déclare quitter cet établissement de ma propre initiative, sur ma demande et contre l'avis des médecins ou dentistes traitants; je dégage donc l'établissement, son personnel et les médecins ou dentistes traitants de toute responsabilité découlant d'un tel départ.

a | Date  
m. | d

Signature : usager ou personne autorisée

Témoin à la signature