

SOINS D'AVORTEMENT TENANT COMPTE DES TRAUMATISMES :

Formulaire de consentement confidentiel pour la communication d'informations et l'aiguillage

Ce formulaire doit être décrit à la cliente (ou à son tuteur avec l'accord de la cliente) dans sa langue maternelle. Les sections A à C contiennent des informations générales susceptibles d'être données lors de votre consultation. Les sections D à F doivent être lues, expliquées et faire l'objet d'une discussion en détail avec la cliente afin de s'assurer qu'elle consent à la poursuite de la procédure et que vous êtes en mesure de garantir la confidentialité et la sécurité. Il convient d'expliquer clairement à la cliente qu'elle peut choisir l'une ou l'autre des options proposées, ou aucune d'entre elles, et qu'elle peut changer d'avis à tout moment du processus.

Routine Urgent Date d'aiguillage (JJ/MM/AA)

A. Votre établissement/organisme d'aiguillage	
Agence/organisme :	Contact :
Téléphone :	Email :
Emplacement :	

B. Informations sur la cliente	
Nom :	Téléphone (si disponible) : *
Âge :	Adresse/emplacement (si disponible) : *
Genre identifié :	
Langue :	
Remarques : **	

* Si la cliente ne souhaite pas partager ces informations, elles ne sont pas essentielles pour remplir le formulaire d'aiguillage. Faites preuve de discernement lorsque vous posez des questions, et utilisez les ressources de counseling pour parler aux clientes ayant subi un traumatisme.

** Utilisez cet espace pour inclure toute information supplémentaire nécessaire et/ou utile pour l'organisation destinataire, telle que la situation de la cliente qui peut affecter sa capacité à accéder ou à recevoir des services (par ex. déficiences cognitives, handicaps physiques, etc.).

C. Informations générales/raison de l'aiguillage	
La cliente a-t-elle été informée de l'aiguillage ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* (si non, expliquez ci-dessous)	La cliente a-t-elle été aiguillée vers d'autres organisations ? <input type="checkbox"/> Oui* (expliquez ci-dessous) <input type="checkbox"/> Non
Contexte, services fournis et raison de l'aiguillage. Veillez à ce que la cliente soit d'accord pour partager ces informations par écrit.	

* Utilisez cet espace si la cliente n'a pas consenti à être aiguillée parce qu'elle était inconsciente et avait besoin de services d'urgence.

D. Consentement à l'aiguillage et à la communication d'informations (Veillez lire avec la cliente et répondre à ses questions avant qu'elle ne signe ci-dessous)
<p>Je soussignée _____ (nom de la cliente), comprend que le but de l'aiguillage et du partage de ces informations avec _____ (organisme destinataire) est d'assurer ma sécurité et de veiller à ce que je reçoive les services dont j'ai besoin. Le prestataire de services, _____ (organisme émetteur), m'a clairement expliqué la procédure d'aiguillage et a énuméré les informations exactes qui doivent être partagées.</p> <p>En signant ce formulaire, j'autorise cet aiguillage et l'échange d'informations.</p> <p>Je comprends que les informations partagées seront traitées dans la confidentialité et le respect, et qu'elles ne seront partagées que si cela est nécessaire pour obtenir l'aide que je demande.</p> <p>Je comprends que la communication de ces informations signifie qu'une personne de l'organisme ou du service coché ci-dessous peut prendre contact avec moi. À tout moment, j'ai le droit de changer d'avis concernant le partage des informations avec l'organisme désigné ou le référent indiqué ci-dessous.</p>
Signature de la cliente :
Date (JJ/MM/AA) :
Si les lois locales l'exigent*, signature du tuteur :
Date (JJ/MM/AA) :

* Les prestataires et les organismes d'aiguillage doivent documenter le consentement tel que l'exigent les lois locales. S'il n'existe pas de politique relative au consentement, il convient de se conformer aux normes internationales de la documentation du consentement. [Remarque : les normes internationales n'exigent pas le consentement d'un adulte pour recevoir des services].

E. Services demandés*		
Services de santé généraux	Établissement/organisme destinataire	
	Agence/organisme :	Contact (si connu) :
	Téléphone :	Email :
	Emplacement :	
Services de SSR	Établissement/organisme destinataire	
	Agence/organisme :	Contact (si connu) :
	Téléphone :	Email :
	Emplacement :	
Services liés aux VBG	Établissement/organisme destinataire	
	Agence/organisme :	Contact (si connu) :
	Téléphone :	Email :
	Emplacement :	
Services de santé mentale et soutien psychologique	Établissement/organisme destinataire	
	Agence/organisme :	Contact (si connu) :
	Téléphone :	Email :
	Emplacement :	
Services alimentaires et moyens de subsistance	Établissement/organisme destinataire	
	Agence/organisme :	Contact (si connu) :
	Téléphone :	Email :
	Emplacement :	
Services d'assistance juridique	Établissement/organisme destinataire	
	Agence/organisme :	Contact (si connu) :
	Téléphone :	Email :
	Emplacement :	
Maison d'accueil/refuge	Établissement/organisme destinataire	
	Agence/organisme :	Contact (si connu) :
	Téléphone :	Email :
	Emplacement :	

Services de protection	Établissement/organisme destinataire	
	Agence/organisme :	Contact (si connu) :
	Téléphone :	Email :
	Emplacement :	
Autres....	Établissement/organisme destinataire	
	Agence/organisme :	Contact (si connu) :
	Téléphone :	Email :
	Emplacement :	
Veuillez expliquer tout autre service demandé :		

Certains services issus d'un aiguillage peuvent se chevaucher et/ou ne pas être disponibles dans tous les contextes. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

F. Informations sur l'aiguillage
<p>La cliente consent-elle à des communications de suivi après la visite d'aiguillage ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, quel mode de communication la cliente préfère-t-elle ? (expliquer ci-dessous)</p>
<p>Aiguillage réalisé pour la cliente par :</p> <p><input type="checkbox"/> Téléphone (en cas d'urgence uniquement) <input type="checkbox"/> Email</p> <p><input type="checkbox"/> Voie électronique (ex. : application ou base de données) <input type="checkbox"/> En personne</p>
<p>Communications de suivi attendues entre les organismes d'aiguillage par :</p> <p><input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> En personne</p> <p>Avant le (JJ/MM/AA) :</p>

Nom et signature du destinataire : _____

Date de réception (JJ/MM/AA) : _____