

Consent to share information
Consentement à la divulgation de renseignements personnels

Purpose: to record freely given informed consumer consent to share their information with a specific agency/ies for a specific purpose/s.

Objet: enregistrement du consentement éclairé donné librement par le/la bénéficiaire à la divulgation de renseignements personnels à un/des organisme(s) à une/des fin(s) spécifique(s).

Consumer
Bénéficiaire

Name:
 Nom :

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /
 Date de naissance : jj/mm/aaaa / /

Sex:
 Sexe :

UR Number:
 Numéro d'UR (Unit record) :

or affix label here
 ou apposer l'étiquette ici

Consent to Share Information / Consentement à la divulgation de renseignements personnels

Section 1: Personal/health information to be shared
Section 1: Renseignements personnels/sur la santé pouvant être divulgués

Service Type Type de service	Name of Agency Nom de l'organisme	Type of Information Type de renseignements	Purpose/s Objet(s)
Examples: – Physiotherapy – counseling Exemples: – physiothérapie – conseils/orientation	Examples: – Strawberry Community Health centre – Blueberry City Council Exemples: – Strawberry Community Health Centre – Blueberry City Council	Examples: – all relevant information – exceptions as stated by consumer Exemples: – tous les renseignements pertinents – exceptions précisées par le/la bénéficiaire	Examples: – referral – shared care/case planning – informing services participating in consumer's care Exemples: – orientation (vers un spécialiste) – planification de soins/cas partagé(s) – information des services participant aux soins du/de la bénéficiaire

Section 2: Record of consent
Section 2: Enregistrement du consentement

Written consumer consent
 Consentement écrit du/de la bénéficiaire

The worker/practitioner has discussed with me who and why certain information about me may be shared with other service providers, as above. I understand this and I give my consent for the information to be shared.
L'assistant(e) social(e)/praticien(ne) m'a expliqué comment et pourquoi certains renseignements me concernant peuvent être divulgués à d'autres prestataires de services, mentionnés plus haut. Je comprends de quoi il s'agit et je donne mon consentement à la divulgation de ces renseignements

Signed:
 Signé:

Dated: dd/mm/yyyy / /
 Date : jj/mm/aaaa / /

or
ou

Verbal consumer consent

Consentement oral du/de la bénéficiaire

I have discussed with the consumer how and why certain information may be shared with other service providers. I am satisfied that this has been understood and that informed consent for the information to be shared as detailed above has been given.

J'ai expliqué au/à la bénéficiaire comment et pourquoi certains renseignements peuvent être divulgués à d'autres prestataires de services. Je suis convaincu(e) qu'il/elle a compris de quoi il s'agit et qu'il/elle consent en connaissance de cause à la divulgation des renseignements précisés plus haut.

or

ou

Consumer does not have the capacity to provide consent

Le/la bénéficiaire n'est pas apte à donner son consentement

(that is, they do not understand the nature of what they are consenting to, or the consequences)

(il/elle ne comprend pas la nature ou les conséquences du consentement)

Consent given by authorised representative _____

(name of authorised representative)

Consentement donné par un(e) représentant(e) autorisé(e) _____

(nom du/de la représentant(e) autorisé(e))

There is no authorising representative or they were uncontactable; therefore, the information 2001* will be shared as set out in the Health Records Act

Il n'y a pas de représentant(e) autorisé(e) ou il/elle est injoignable; dès lors, les renseignements seront divulgués conformément au Health Records Act 2001* (Loi de 2001 sur les dossiers médicaux)

**If it is not reasonably practical to obtain consent from an authorised representative or the consumer does not have an authorised representative, health information can still be shared in the circumstances set out in the Health Records Act 2001. This includes where the sharing of information is done by a health service provider and is reasonably necessary for the provision of a health service or where there is a statutory requirement.*

** S'il n'est pas raisonnablement possible d'obtenir le consentement d'un(e) représentant(e) autorisé(e) ou que le/la bénéficiaire n'a pas de représentant(e) autorisé(e), les renseignements sanitaires peuvent être divulgués dans les circonstances spécifiées dans le Health Records Act 2001. Cela comprend les cas où la divulgation de renseignements est faite par un prestataire de services de santé et est raisonnablement nécessaire pour la prestation d'un service de santé ou s'il existe une obligation légale.*

To ensure that the consumer's authorised representative can make an informed decision about consenting to the sharing of information as detailed above, the worker/practitioner should (tick when completed):

Afin de s'assurer que le/la représentant(e) autorisé(e) du/de la bénéficiaire est apte à prendre une décision éclairée concernant la divulgation des renseignements précisés plus haut, l'assistant(e) social(e)/praticien(ne) doit : (cocher après avoir expliqué):

1. Discuss with the consumer the proposed sharing of information with other services/agencies
1. Expliquer au/à la bénéficiaire la divulgation proposée de renseignements à d'autres services/organismes
2. Explain that the consumer's information will only be shared with these services/agencies if the consumer has agreed and, when referring, advise that referral for service can still proceed if the consumer does not want information disclosed
2. Expliquer que les renseignements du/de la bénéficiaire ne seront divulgués à ces services/organismes que si le/la bénéficiaire y a consenti et, dans le cas de l'orientation vers un spécialiste, informer le/la bénéficiaire que cette orientation peut avoir lieu même si le/la bénéficiaire est opposé(e) à la divulgation de ses renseignements.
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure Your Information – It's Private
3. Fournir au/à la bénéficiaire des informations sur la protection de la vie privée, par exemple, la brochure intitulée Your Information – It's Private (Vos renseignements personnels - C'est confidentiel)
4. Provide the consumer with a copy of this form once completed.
4. Remettre au/à la bénéficiaire une copie de ce formulaire dûment complété.

Produced by the Victorian Department of Health, 2012
Produit par le Victorian Department of Health, 2012

Consent obtained/witnessed by:
Consentement obtenu/attesté par:

Name:

Nom:

Sign:

Signature :

Position/Agency:

Poste/Organisme :

Date: dd/mm/yyyy / /

Date : jj/mm/aaaa / /

CSI Page 1 of 1

CSI Page 1 / 1

Contact number:

Nº de téléphone :