

Ce service correspond à une consultation **unique** chez un pédiatre du CPRI afin de procéder à une évaluation du développement et du comportement, ou chez un psychiatre de l'enfant et de l'adolescent. L'enfant et sa famille doivent se présenter au rendez-vous. Seuls les aiguillages effectués par un médecin spécialiste (à savoir, un pédiatre, un psychiatre, un neurologue, un généticien, etc.) sont acceptés. Toutes les recommandations sont transmises au spécialiste à l'origine de l'aiguillage. **Si d'autres services du CPRI sont nécessaires, il faut remplir une nouvelle trousse complète de prise en charge aux fins de l'aiguillage.**

Aiguillage vers : (cochez une seule case)

Pédiatrie du développement

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Obligatoire : Questions ou préoccupations de la personne à l'origine de l'aiguillage à examiner (veuillez être **précis**) :

Votre dernier rapport de consultation et votre consentement à la divulgation, à la transmission ou à l'examen d'un dossier clinique (reportez-vous aux pages 3 et 4) sont exigés. Veuillez également fournir les dernières évaluations effectuées à l'égard de l'enfant, à savoir en ce qui concerne la génétique, la neurologie, la psychologie, le développement, le travail social, etc.

Dernier rapport de consultation de la personne à l'origine de l'aiguillage

Consentement donné (pages 3 et 4)

Autre (1) : _____

Autre (2) : _____

Autre (3) : _____

Autre (4) : _____

Renseignements sur le client

Nom

| | |
|--------|-----------------|
| Prénom | Seconds prénoms |
|--------|-----------------|

Prénom d'usage du client

Date de naissance (aaaa/mm/jj)

| | | |
|---------------------------------------|-----------------|--------------------------------|
| Numéro de carte Santé (10 caractères) | Code de version | Date d'expiration (aaaa/mm/jj) |
|---------------------------------------|-----------------|--------------------------------|

Sexe Homme Femme

Identité de genre Homme Femme X

Adresse actuelle du client

| | | | |
|---------------------|----------------|-------------|--------------|
| Numéro d'habitation | Numéro de voie | Nom de voie | Case postale |
|---------------------|----------------|-------------|--------------|

| | | |
|-------------------|----------|-------------|
| Ville ou localité | Province | Code postal |
|-------------------|----------|-------------|

| | |
|---------------------|----------------------|
| Numéro de téléphone | Numéro de cellulaire |
|---------------------|----------------------|

Garde actuellement confiée à (veuillez fournir les documents connexes) :

Parents Père Mère Tuteur(s)

Autre (veuillez préciser) _____

Parent ou tuteur légal 1

| | |
|-----|--------|
| Nom | Prénom |
|-----|--------|

Relation avec l'enfant ou le jeune (p. ex., mère, père, grand-père, grand-mère)

Adresse actuelle (si celle-ci est différente de l'adresse susmentionnée)

| | | | |
|---------------------|----------------|-------------|--------------|
| Numéro d'habitation | Numéro de voie | Nom de voie | Case postale |
|---------------------|----------------|-------------|--------------|

| | | |
|-------------------|----------|-------------|
| Ville ou localité | Province | Code postal |
|-------------------|----------|-------------|

| |
|----------|
| Courriel |
|----------|

| | | |
|---------------------|----------------------|----------------------|
| Numéro de téléphone | Numéro de cellulaire | Numéro professionnel |
|---------------------|----------------------|----------------------|

Parent ou tuteur légal 2

| | |
|-----|--------|
| Nom | Prénom |
|-----|--------|

Relation avec l'enfant ou le jeune (p. ex., mère, père, grand-père, grand-mère)

Adresse actuelle (si celle-ci est différente de l'adresse susmentionnée)

| | | | |
|---------------------|----------------|-------------|--------------|
| Numéro d'habitation | Numéro de voie | Nom de voie | Case postale |
|---------------------|----------------|-------------|--------------|

| | | |
|-------------------|----------|-------------|
| Ville ou localité | Province | Code postal |
|-------------------|----------|-------------|

Courriel

Numéro de téléphone

Numéro de cellulaire

Numéro professionnel

Consultation précédente de la CPRI Oui Non

Diagnostic confirmé

Diagnostic provisoire

Liste des services ou soutiens actuellement offerts

Tableau des médicaments pris actuellement ou antérieurement : (joignez une liste si l'espace est insuffisant)

| Médicaments actuels | Dose | Date de début (aaaa/mm/jj) | Date de fin (aaaa/mm/jj) | Effets secondaires observés | Préoccupations |
|---------------------------|------|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|----------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Médicaments antérieurs | Dose | Date de début (aaaa/mm/jj) | Date de fin (aaaa/mm/jj) | Effets secondaires observés | Préoccupations |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Médecin spécialiste

| | |
|-----|--------|
| Nom | Prénom |
|-----|--------|

Numéro de facturation de l'Assurance-santé de l'Ontario

Adresse

| | | | |
|---------------------|----------------|-------------|--------------|
| Numéro d'habitation | Numéro de voie | Nom de voie | Case postale |
| Ville ou localité | | Province | Code postal |

Courriel

| | | |
|---------------------|----------------------|-----------------------|
| Numéro de téléphone | Numéro de cellulaire | Numéro de télécopieur |
|---------------------|----------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------------|-------------------|
| Signature du médecin spécialiste | Date (aaaa/mm/jj) |
|----------------------------------|-------------------|

Veillez vous assurer de remplir toutes les pages de ce formulaire.

Vous pouvez adresser les dossiers remplis ou vos questions par courriel à l'adresse suivante :

CPRI.Intake@ontario.ca

Télec. : 519-858-2115

Service Delivery Division
CPRI
600 Sanatorium Road
London ON N6H 3W7
Tel: 519-858-2774
Fax: 519-858-3913
TTY: 519-858-0257

Division de la prestation des services
CPRI
600 Chemin Sanatorium
London ON N6H 3W7
Tél. : 519-858-2774
Télééc. : 519-858-3913
ATME : 519-858-0257

N° CB _____

Consentement à la collecte, à l'utilisation ou à la divulgation de renseignements personnels ou de renseignements personnels sur la santé

Je soussigné(e), _____, autorise par le
(Nom complet du client ou du tuteur légal en caractères d'imprimerie)

présent document l'Institut des ressources pour les enfants et les parents (CPRI) à :

- recueillir
- utiliser
- divulguer

les renseignements suivants :

(Description détaillée des renseignements en question)

auprès de :

| | |
|---|---------------------------------|
| _____ (P. ex., nom du médecin à l'origine de l'aiguillage) | _____ (Adresse et téléphone) |
| _____ (P. ex., nom de l'école) | _____ (Adresse et téléphone) |
| _____ (P. ex., nom de l'organisme) | _____ (Adresse et téléphone) |
| _____ (P. ex., nom) | _____ (Adresse et téléphone) |
| _____ (P. ex., nom) | _____ (Adresse et téléphone) |

à partir du dossier de :

(Nom complet du client) _____
(Date de naissance [aaaa/mm/jjj])

aux fins de consentement à la collecte, à l'utilisation ou à la divulgation de renseignements personnels sur la santé.

Veillez noter que ces renseignements peuvent être transmis par voie électronique, notamment par télécopieur ou par courriel.

Service Delivery Division
CPRI
600 Sanatorium Road
London ON N6H 3W7
Tel: 519-858-2774
Fax: 519-858-3913
TTY: 519-858-0257

Division de la prestation des services
CPRI
600 Chemin Sanatorium
London ON N6H 3W7
Tél. : 519-858-2774
Télééc. : 519-858-3913
ATME : 519-858-0257

À moins qu'il en soit disposé autrement, **ce consentement est valable pour la période au cours de laquelle l'enfant reçoit les services du CPRI et un an après que tous les services du CPRI aient pris fin** (congé donné par le CPRI) afin de permettre :

- au CPRI de vous aider dans votre transition vers d'autres services, au besoin;
- au CPRI de réactiver ses services un an après en avoir donné congé, le cas échéant.

Je comprends que je peux retirer ou modifier ce consentement à tout moment en en faisant la demande par écrit au Service des dossiers cliniques du CPRI. Le retrait du consentement ne s'applique pas de manière rétroactive aux renseignements déjà transmis.

Ce consentement à la collecte ou à la divulgation de renseignements personnels, y compris les renseignements personnels sur la santé, m'a été pleinement expliqué.

Date (aaaa/mm/jj)

Signature de l'enfant ou du jeune

Ou :

Le consentement du mandataire spécial est obligatoire.

*REMARQUE : Conformément à la LPRPS (*Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*), le consentement doit être signé par la personne à qui appartiennent les renseignements ou, si celle-ci n'en a pas la capacité, par son mandataire spécial. Un mandataire spécial est une personne autorisée en vertu de la LPRPS à consentir, au nom d'un particulier, à la collecte ou à la divulgation de renseignements personnels sur la santé concernant ce particulier.

Nom du mandataire spécial

Relation avec le client

Date (aaaa/mm/jj)

Signature du mandataire spécial

En application de l'alinéa 39(1)(a) de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et de l'alinéa 29(a) de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, il vous est demandé de consentir à ce que le CPRI recueille, utilise ou divulgue indirectement vos renseignements personnels, y compris vos renseignements personnels sur la santé, auprès des personnes ou des organismes susnommés.

Si vous avez des questions concernant la collecte, l'utilisation ou la divulgation de ces renseignements par le CPRI, vous pouvez communiquer avec le responsable de la protection de la vie privée du CPRI en appelant le 519-858-2774.

Service Delivery Division
CPRI
600 Sanatorium Road
London ON N6H 3W7
Tel: 519-858-2774
Fax: 519-858-3913
TTY: 519-858-0257

Division de la prestation des services
CPRI
600 Chemin Sanatorium
London ON N6H 3W7
Tél. : 519-858-2774
Télééc. : 519-858-3913
ATME : 519-858-0257

Partie D

Protection de la confidentialité de vos renseignements personnels par le CPRI

Nous sommes tenus, en vertu de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* (LAIPVP) et de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* (LPRPS), de vous informer que nous allons recueillir, utiliser et divulguer des renseignements vous concernant à la suite de votre demande de service auprès du CPRI. Ces textes législatifs nous confèrent le pouvoir de recueillir, d'utiliser et de divulguer des renseignements personnels sur la santé.

Nous recueillons des renseignements sur vous, votre famille et vos objectifs de traitement à chaque étape de notre intervention (notamment l'enquête, l'aiguillage, l'évaluation et le traitement). Si nous déterminons qu'il est nécessaire d'obtenir des rapports auprès d'autres organismes communautaires ou de leur remettre des copies de nos rapports, nous aurons besoin de votre consentement écrit à cet effet. Une fois que votre aiguillage aura été accepté, un recueil de cas sera établi. Votre recueil de cas contiendra tous les renseignements recueillis auprès des autres organismes communautaires, ainsi que les rapports rédigés par les membres de votre équipe d'évaluation ou de traitement du CPRI. Les rapports faisant état de votre progression seront ajoutés à votre recueil de cas tant que vous continuerez de recevoir des services par l'entremise du CPRI. Vous avez le droit de demander l'accès à ces dossiers à tout moment. Le CPRI conservera ces renseignements pendant au moins dix ans à compter de votre dix-huitième anniversaire.

Le CPRI utilise certains renseignements sur ses clients pour évaluer ses services et mener des recherches sur la santé mentale. Nous n'utilisons pas, pour ce faire, de renseignements susceptibles de vous identifier ou d'identifier votre famille. Nous utilisons seulement des renseignements sur les groupes. Par exemple, les clients à qui nous fournissons des services sont à 73 % des garçons et à 27 % des filles. Nous partageons des renseignements non identificatoires avec d'autres organismes et dans le cadre d'exposés de travaux de recherche afin de pouvoir évaluer et améliorer les services en santé mentale destinés aux enfants et aux jeunes. Le CPRI recueillira des renseignements sur votre sexe ou votre genre afin de faciliter la planification de l'évaluation et du traitement.

Ce formulaire d'avis n'est pas un formulaire de consentement. Il vous est communiqué à des fins informatives uniquement : vous n'avez pas besoin de nous le retourner.

Pour toute question ou préoccupation, n'hésitez pas à vous adresser à un membre de votre équipe du CPRI.

Plaintes et remarques

Vous avez le droit de déposer une plainte contre le CPRI. Cela n'aura aucune incidence sur les services que vous recevez. Pour déposer une plainte, vous pouvez vous adresser à n'importe quel membre du personnel du CPRI ou communiquer avec le gestionnaire des questions d'intérêt en écrivant à cpri.admin@ontario.ca ou en appelant le 519-858-2774 poste 2011. Pour accéder à l'intégralité de la procédure de dépôt de plainte, rendez-vous sur la page [Déposer une plainte concernant les services du Child and Parent Resource Institute | ontario.ca](#) ou adressez-vous au réceptionniste du standard téléphonique. Vous pouvez également utiliser une « fiche d'aide » pour clients ou soignants afin de vous entretenir avec un membre du personnel du CPRI. Ces fiches se trouvent dans la salle d'attente et dans le CPRI.