

L'Institut des ressources pour les enfants et les parents (CPRI) est directement géré par le gouvernement de l'Ontario. Le CPRI offre des services d'évaluation, de traitement et d'intervention ciblés, hautement spécialisés et tenant compte des traumatismes aux enfants et aux jeunes qui présentent des combinaisons complexes de besoins particuliers, notamment des déficiences intellectuelles, de l'autisme et de graves troubles comportementaux, affectifs et mentaux.

Les services sont fournis dans le cadre d'un programme à court terme en milieu hospitalité ou communautaire, et reposent sur un modèle de partenariat établi avec les fournisseurs de services communautaires. Les services peuvent comprendre l'évaluation interdisciplinaire, la consultation et les premières étapes du traitement pour les enfants ou les jeunes qui risquent d'être déplacés de chez eux, de l'école ou de la collectivité, et la transition vers les stratégies de traitement recommandées aux partenaires communautaires.

La *Loi sur les services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille*, qui régit les services que nous offrons, prévoit des règlements précis sur le consentement aux services. Tous les services du CPRI sont **volontaires**. Cela signifie que l'enfant ou le jeune doit donner son assentiment pour recevoir les services (avec le consentement de son tuteur) **ou** son consentement s'il est déterminé qu'il est en capacité de le faire.

Il convient généralement de recourir en premier lieu aux services locaux disponibles dans la collectivité d'origine de l'enfant ou du jeune avant d'envisager son aiguillage vers le CPRI. Il peut s'agir d'un pédiatre, d'un psychiatre ou d'un fournisseur de services aux enfants et aux jeunes ayant des problèmes de santé mentale ou une déficience intellectuelle.

Les aiguillages vers les services aux hospitalisés doivent être effectués par l'entremise de l'organisme à point d'accès unique de votre comté.

## Liste de contrôle du formulaire d'aiguillage

Il est important de remplir toutes les sections avec précision. Ces renseignements servent à déterminer les services qu'il convient de fournir à l'enfant ou au jeune.

Partie A – Remplie et signée

Rapports joints – Les rapports sont examinés afin de mieux comprendre les antécédents du client et les services qui lui ont été fournis par le passé. Veuillez les inclure afin d'éviter tout retard dans le processus d'aiguillage.

Partie B – Remplie et signée par le médecin traitant

Partie C – Formulaires de consentement remplis et signés. Dans le cas où des services d'interprétation seraient nécessaires, remplissez et signez le formulaire de consentement distinct mis à votre disposition. Consultez l'exemple et les lignes directrices pour accéder aux renseignements importants.

Partie D – Protection de la confidentialité de vos renseignements personnels par le CPRI

**Le formulaire d'aiguillage doit comprendre les parties A, B et C.**

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

Il n'y a pas de limite de page. Vous pouvez ajouter d'autres pages si vous avez besoin de plus d'espace.

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

[CPRI.Intake@ontario.ca](mailto:CPRI.Intake@ontario.ca)

Télécopieur : 519-858-2115

## Partie A

### Gestionnaire de cas ou coordonnateur de services communautaire actuel de l'enfant ou du jeune

Nom	Prénom
-----	--------

Organisme

### Adresse postale

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
---------------------	----------------------	-----------------------

La famille ou le tuteur est-il au courant de cet aiguillage?  Oui  Non

L'enfant ou le jeune est-il au courant de cet aiguillage?  Oui  Non

L'enfant ou le jeune accepte-t-il de recevoir un traitement au CPRI?  Oui  Non  Incertain

### Renseignements sur l'enfant ou le jeune

Nom

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

Prénom d'usage

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

Langues parlées  Oui (le cas échéant, veuillez remplir le formulaire de consentement en page 10)  Non

Langues parlées

Langues comprises

### Adresse actuelle de l'enfant ou du jeune

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

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

Numéro de téléphone

## Conditions de logement

Vit actuellement avec : (cochez une seule case)

- Les deux parents     Mère     Père     Tuteur(s)     Parent     Beau-parent  
 Famille d'accueil     Foyer de groupe     Hôpital     Parents adoptifs

Qui réside dans la maison

Conditions de logement ou de placement susceptibles de prendre fin ou sur le point de changer (cochez une seule case)

Oui (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

Non

### 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 \_\_\_\_\_

A-t-il la garde?  Oui  Non

Existe-t-il une entente de garde officielle?  Oui (le cas échéant, veuillez la joindre)  Non

A-t-il accès à l'enfant ou au jeune?  Accès complet  Accès limité  Aucun accès

A-t-il accès à des renseignements sur la santé ou l'éducation de l'enfant ou du jeune?  Accès complet  Accès limité  Aucun accès

### 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 \_\_\_\_\_

A-t-il la garde?  Oui  Non

Existe-t-il une entente de garde officielle?  Oui (le cas échéant, veuillez la joindre)  Non

A-t-il accès à l'enfant ou au jeune?  Accès complet  Accès limité  Aucun accès

A-t-il accès à des renseignements sur la santé ou l'éducation de l'enfant ou du jeune?  Accès complet  Accès limité  Aucun accès

## Renseignements sur la santé de l'enfant ou du jeune

### Médecin de famille

Nom	Prénom
-----	--------

Courriel

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

### Pédiatre

Nom	Prénom
-----	--------

Courriel

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

### Psychiatre

Nom	Prénom
-----	--------

Courriel

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

### Allergies

Oui     Aucune allergie connue     Aucune allergie médicamenteuse connue

Veillez fournir une liste des médicaments sans ordonnance que l'enfant ou le jeune prend actuellement (p. ex., médicaments en vente libre, médicaments saisonniers, médicaments ou compléments de relais, gratuits ou naturels) **ET** faire part de toute allergie à des médicaments, à des aliments, au ruban adhésif, à l'environnement, etc. :

## Éducation

École communautaire

Année

### Adresse de l'école

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

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

### Coordonnées de l'école

Personne-ressource de l'école (nom, prénom)

Numéro de la personne-ressource de l'école

---

L'enfant ou le jeune est-il identifié comme exceptionnel?

Oui (indiquez le type d'anomalie) \_\_\_\_\_  Non  Inconnu

---

L'enfant ou le jeune a-t-il reçu un diagnostic de trouble d'apprentissage?

Oui (indiquez le type de trouble d'apprentissage) \_\_\_\_\_  Non  Inconnu

---

### Niveau de fonctionnement cognitif

Incertain (aucune préoccupation)  Normal  Retard global du développement (RGD)

Incertain (retard soupçonné)  Doué  Déficience intellectuelle (DI) ou déficience développementale (DD)

---

### Considérations en matière de diversité et d'accessibilité

Nous valorisons et respectons la diversité des personnes et des familles avec lesquelles nous travaillons en partenariat.

Veuillez indiquer toute considération relative à la planification ou à la prestation des services (cochez les réponses valables).

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> S.O.          | <input type="checkbox"/> Santé physique       | <input type="checkbox"/> Métis  |
| <input type="checkbox"/> Langue        | <input type="checkbox"/> Orientation sexuelle | <input type="checkbox"/> Identification en tant que personne autochtone |
| <input type="checkbox"/> Culture       | <input type="checkbox"/> Premières Nations    | <input type="checkbox"/> Autre  |
| <input type="checkbox"/> Religion      | <input type="checkbox"/> Inuit                |   |
| <input type="checkbox"/> Comment _____ |   |   |

---

### Objectifs du service

Décrivez ce qui, **selon la famille**, est nécessaire et ce qu'elle espère accomplir.

---

Décrivez ce qui, **selon l'enfant ou le jeune**, est nécessaire et ce qu'il espère accomplir.

---

### Commentaires complémentaires :

## Intervention passée ou présente des organismes ou cliniciens

Veillez indiquer toutes les interventions (passées, présentes, en liste d'attente) des organismes auprès de l'enfant, du jeune ou de la famille.

Organisme ou clinicien	Passée	Présente	Liste d'attente	Rapport joint	Nom et adresse de l'organisme	Personne-ressource et numéro de téléphone
Société d'aide à l'enfance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Organisme de santé mentale pour enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Santé mentale en milieu hospitalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Santé physique en milieu hospitalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Services à domicile ou de relève	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Services privés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Psychologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ergothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Travail social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pédiatre du développement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Services comportementaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Profil pharmaceutique (à obtenir auprès de la pharmacie locale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Rapports scolaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**Partie B (deux pages à remplir et à signer par le médecin communautaire actuel) – 1 sur 2****Nom de l'enfant ou du jeune**

Nom

Prénom

Date de naissance (aaaa/mm/jj)

Objectif de l'aiguillage

**Médecin à l'origine de l'aiguillage**

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 à l'origine de l'aiguillage

Date (aaaa/mm/jj)

**Médecin principal du client (s'il ne s'agit pas du médecin à l'origine de l'aiguillage)**

Nom

Prénom

**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

**Partie B (deux pages à remplir et à signer par le médecin communautaire actuel) – 2 sur 2**Renseignements sur la santé : veuillez énumérer tous les diagnostics médicaux ou psychiatriques effectués.  Sans objet

Diagnostic professionnel, confirmé ou présumé	Par qui et quand

Antécédents médicaux : veuillez énumérer ci-dessous les examens médicaux effectués et la date à laquelle ils l'ont été.

Type d'examen	Date de l'examen (ou en attente de réalisation)
<input type="checkbox"/> IRM	
<input type="checkbox"/> EEG	
<input type="checkbox"/> Analyses de sang	
<input type="checkbox"/> Tests génétiques	
<input type="checkbox"/> ECG	
<input type="checkbox"/> Allergies (connues)	
<input type="checkbox"/> Allergies médicamenteuses	
<input type="checkbox"/> Autre (précisez)	

Renseignements généraux complémentaires et pertinents



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 C**

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

N° CB \_\_\_\_\_

**Important :** Ne remplissez cette section que si des services de traduction ou d'interprétation sont nécessaires.

**Consentement à la collecte, à l'utilisation ou à la divulgation de renseignements personnels ou de renseignements personnels sur la santé relativement à la prestation de services de traduction ou d'interprétation**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, autorise par le  
(Nom complet du tuteur 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) (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.

Veuillez 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

## **Lignes directrices à suivre pour remplir un formulaire de consentement à la divulgation, à la transmission ou à l'examen d'un dossier clinique**

1. Veuillez préciser si vous souhaitez **divulguer** ou **obtenir** des renseignements.
2. Pour **divulguer** des renseignements :
  - Énumérez tous les organismes, établissements, médecins, pédiatres, etc. qui interviennent dans les soins de l'enfant ou du jeune.
  - Prenez soin d'indiquer l'adresse postale complète si vous en avez connaissance.
  - Les rapports ne seront pas envoyés automatiquement, à moins que les cliniciens du CPRI ne forment une demande verbale ou écrite en ce sens.
  - Les rapports dictés avec copies conformes (c. c.) seront envoyés par voie postale par le personnel chargé des dossiers cliniques.
  - Le CPRI exige que le consentement soit accompagné d'une **signature originale** afin de communiquer les renseignements.
3. Pour **obtenir** des renseignements :
  - Utilisez un formulaire de consentement distinct pour chaque demande, car les organismes, les établissements, les médecins, les pédiatres, etc. exigent un consentement **original**.
  - Pour faciliter le traitement, nous utilisons un formulaire de consentement distinct afin d'obtenir des renseignements auprès des conseils scolaires ou des écoles, ou de les leur divulguer.
  - Il est utile, lorsqu'on demande le dossier de naissance d'un enfant ou d'un jeune, de préciser le nom de famille de la mère (s'il est différent de celui de l'enfant ou du jeune, ou s'il était différent au moment de la naissance) ainsi que sa date de naissance.

**Important** : Si vous avez des questions quant à ce qui précède, veuillez communiquer avec le CPRI en appelant le **519-858-2774** poste **2024**

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](mailto: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.