

Autorisation de consultation des informations du patient par le biais d'un organisme d'échange de données médicales

Ministère de la Santé de l'État de New York

NOM DU PATIENT/DE LA PATIENTE :	
ADRESSE DU PATIENT/DE LA PATIENTE :	
DATE DE NAISSANCE :	
NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU PATIENT/DE LA PATIENTE :	
ORGANISME PRESTATAIRE :	

Je demande que les données médicales concernant les soins et traitements que je reçois soient accessibles comme indiqué dans le présent formulaire. Je peux choisir d'autoriser ou non l'organisme prestataire susnommé à consulter mes dossiers médicaux par le biais de l'organisme d'échange de données médicales appelé « NY Care Information Gateway ». Si je donne mon autorisation, mes dossiers médicaux des différents établissements dans lesquels je reçois des soins seront accessibles via un réseau informatique couvrant tout l'État. NY Care Information Gateway est un organisme à but non lucratif qui partage des informations concernant la santé des particuliers par voie électronique et répond aux normes de confidentialité et de sécurité énoncées par la loi HIPAA et la législation de l'État de New York. Pour en savoir plus, rendez-vous sur le site Web de NY Care Information Gateway : www.NYCIG.org.

Mes informations pourraient être consultées en cas d'urgence, sauf si je remplis le présent formulaire et que je coche la case n° 3, qui stipule que je refuse de donner mon consentement *même* en cas d'urgence médicale.

Le choix que j'effectue dans le présent formulaire n'aura AUCUNE incidence sur mon aptitude à recevoir des soins médicaux. Quel que soit le choix que j'exprime dans ce formulaire, il n'autorise PAS les compagnies d'assurance à consulter mes données en vue de décider si j'ai droit à une assurance maladie ou au remboursement de mes factures médicales.

<p>Mon choix de consentement : je coche UNE case à gauche de mon choix. Je peux remplir le présent formulaire maintenant ou plus tard. Je peux également changer ma décision à tout moment et remplir un nouveau formulaire.</p>
<p><input type="checkbox"/> 1. JE CONSENS à ce que l'organisme prestataire susnommé consulte TOUTES mes données médicales au format électronique par le biais de NY Care Information Gateway pour assurer à mon égard des services médicaux (y compris des soins d'urgence).</p>
<p><input type="checkbox"/> 2. JE REFUSE DE CONSENTIR, À L'EXCEPTION D'UNE URGENCE MÉDICALE, à ce que l'organisme prestataire susnommé consulte mes données médicales au format électronique par le biais de NY Care Information Gateway.</p>
<p><input type="checkbox"/> 3. JE REFUSE DE CONSENTIR à ce que l'organisme prestataire susnommé consulte mes données médicales au format électronique par le biais de NY Care Information Gateway à quelque fin que ce soit, <i>même en cas d'urgence médicale</i>.</p>

Si je souhaite refuser la consultation de mes données médicales au format électronique par le biais de NY Care Information Gateway à tous les organismes prestataires et tous les régimes de soins de santé participant à NY Care Information Gateway, il me suffit de me rendre sur le site Web de NY Care Information Gateway (www.NYCIG.org) ou d'appeler NY Care Information Gateway au 718 334 5844.

J'ai obtenu des réponses aux questions que j'avais concernant le présent formulaire, et un exemplaire de ce dernier m'a été remis.

Signature du(de la) patient(e) ou de son représentant légal	Date
Nom du représentant légal (s'il y a lieu) en caractères d'imprimerie	Relation du représentant légal avec le(la) patient(e) (s'il y a lieu)

Détails sur les informations accessibles par le biais de NY Care Information Gateway et sur le processus de consentement :

- 1. Comment vos informations peuvent-elle être utilisées ?** Seuls les services de soins de santé suivants pourront utiliser vos données médicales au format électronique :
 - **Services de traitement.** Ils vous prodiguent un traitement médical et des prestations connexes.
 - **Service de vérification d'admissibilité aux prestations d'assurance.** Il vérifie que vous possédez une assurance-maladie et ce qu'elle couvre.
 - **Activités de prise en charge des soins.** À savoir, vous aider à obtenir les soins médicaux adéquats, améliorer la qualité des services qui vous sont fournis, coordonner la prestation de plusieurs services de soins de santé à votre égard ou vous accompagner dans le suivi d'un programme de soins médicaux.
 - **Activités d'amélioration de la qualité.** Il s'agit d'évaluer et d'améliorer la qualité des soins médicaux qui vous sont dispensés et qui sont dispensés à tous les patients.
- 2. Quels types d'informations vous concernant sont inclus ?** Si vous donnez votre consentement, l'organisme prestataire/les organismes prestataires et/ou le(s) régime(s) de soins de santé répertoriés pourront consulter TOUTES vos données médicales au format électronique disponibles via NY Care Information Gateway, y compris les informations générées avant et après la date de signature du présent formulaire. Vos dossiers médicaux peuvent renfermer des antécédents de maladies ou de blessures (comme le diabète ou une fracture), des résultats d'examen (par ex. des radios ou des analyses de sang) et la liste des médicaments que vous avez pris. Ces données peuvent porter sur des pathologies sensibles, notamment, sans caractère limitatif :
 - Alcoolisme ou toxicomanie
 - Prise de contraceptifs et avortement (planning familial)
 - Maladies génétiques (héréditaires) ou tests y ayant trait
 - VIH/SIDA
 - Problèmes de santé mentale
 - Maladies sexuellement transmissibles

Si vous avez reçu des soins pour l'abus d'alcool ou de drogues, votre dossier pourrait contenir des informations liées à vos diagnostics d'abus d'alcool ou de drogues, aux médicaments que vous prenez et à quelles doses, à vos analyses de laboratoire, à vos allergies, à vos antécédents de toxicomanie ou d'alcoolisme, à vos antécédents de traumatisme, à vos séjours en hôpital, à votre emploi, à vos conditions de vie et au soutien social à votre disposition, ainsi qu'à vos antécédents de demandes de remboursement auprès d'une assurance santé.
- 3. D'où proviennent les données médicales vous concernant ?** Les informations à votre propos émanent de lieux où vous avez bénéficié de soins médicaux ou d'une assurance santé, à savoir, entre autres, les hôpitaux, les médecins, les pharmacies, les laboratoires cliniques, les compagnies d'assurance, le programme Medicaid et d'autres organismes qui partagent des informations médicales par voie électronique. Une liste exhaustive et à jour est disponible auprès de NY Care Information Gateway. Pour obtenir une liste à jour à tout moment, rendez-vous sur le site Web de NY Care Information Gateway (www.NYCIG.org) ou appelez le 718-334-5844.
- 4. Qui peut consulter les informations vous concernant si vous donnez votre consentement ?** Seuls les médecins et autres membres du personnel des organismes auxquels vous avez donné votre consentement et qui exercent les activités autorisées par le présent formulaire, comme décrit ci-dessus au paragraphe un, pourront consulter les informations vous concernant.
- 5. Consultation par les organismes de santé publique et de prélèvement d'organes.** Les services de santé publique fédéraux, d'État ou locaux, ainsi que certains organismes de prélèvement d'organes, sont autorisés par la loi à consulter les données médicales sans le consentement d'un patient, à des fins de santé publique et de greffe d'organes. Ces entités peuvent consulter vos informations par le biais de NY Care Information Gateway à ces fins, que vous donniez ou refusiez de donner votre consentement ou que vous remplissiez ou non un formulaire de consentement.
- 6. Sanctions en cas de consultation ou d'utilisation non autorisée de vos informations.** Des sanctions sont prévues en cas de consultation ou d'utilisation illicite de vos données médicales au format électronique. Si vous soupçonnez à un moment ou à un autre que quelqu'un a consulté vos données alors qu'il n'y était pas autorisé, appelez l'organisme prestataire, rendez-vous sur le site Web de NY Care Information Gateway (www.NYCIG.org), appelez le ministère de la santé de l'État de New York au 518-474-4987 ou suivez la procédure de plainte du bureau fédéral des droits civils disponible à l'adresse URL suivante : <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
- 7. Nouvelle divulgation d'informations.** Tous les organismes auxquels vous avez donné l'autorisation de consulter vos données médicales peuvent de nouveau les divulguer, mais uniquement dans la mesure où les lois et réglementations d'État et fédérales l'autorisent. Les informations relatives à un traitement pour alcoolisme ou toxicomanie ou les informations confidentielles relatives au VIH peuvent être consultées et faire l'objet d'une nouvelle divulgation uniquement si elles sont accompagnées des déclarations obligatoires concernant l'interdiction d'une nouvelle divulgation.
- 8. Période de validité.** Le présent formulaire de consentement demeurera en vigueur jusqu'au jour où vous modifierez votre choix de consentement ou jusqu'au moment où NY Care Information Gateway cessera ses activités (**ou jusqu'à 50 ans après votre décès, selon la première éventualité**). Si NY Care Information Gateway fusionne avec une autre entité compétente, vos choix en matière de consentement demeureront en vigueur avec la nouvelle entité fusionnée.
- 9. Modification de votre choix de consentement.** Vous pouvez modifier le consentement que vous avez exprimé à tout moment et à l'égard de n'importe quel organisme prestataire ou régime de soins de santé en envoyant un nouveau formulaire de consentement et en précisant votre ou vos nouveaux choix. Les organismes ayant accès à vos données médicales via NY Care Information Gateway pendant la période de validité de votre consentement peuvent copier ou inclure vos informations dans leurs propres archives médicales. Même si vous décidez à une date ultérieure de modifier votre consentement, ils ne seront pas tenus de restituer vos données ni de les supprimer de leurs archives.
- 10. Exemple du formulaire.** Vous êtes en droit d'obtenir un exemplaire du présent formulaire de consentement.