PHYSIOOUTAOUAIS

 # Dossier _____

Mise à jour du dossier patient et validation du consentement

Nom du patient	Date (AAAA / MM / JJ)

MOTIF DE LA MISE À JOUR

☐ Temps écoulé depuis la dernière mise à jour ☐ Changement de situation du patient ☐ Nouvel épisode de soins
☐ Mise à jour de la politique ou de la loi ☐ Autorisation de partage d'information à une tierce partie

A — Coordonnées — Veuillez mettre à jour vos informations

Adresse	Ville	Code postal

Téléphone résidence	Cellulaire	Autre

Courriel	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)

Contact d'urgence — Nom	Contact d'urgence — Téléphone

C & D — Informations cliniques et état de santé

Y a-t-il eu des changements à votre situation clinique depuis votre dernière visite (médecin référent, numéro d'assurance maladie, motif de consultation, etc)? ☐ Non ☐ Oui, précisez :

Y a-t-il eu des changements à votre état de santé depuis votre dernière visite (nouvelles conditions, médicaments, chirurgies, allergies, etc)? ☐ Non ☐ Oui, précisez :

E — Consentements — Confirmation et validation

☐ **Collecte et utilisation aux fins de soins et de tenue de dossier**
Je confirme et maintiens mon consentement à ce que PhysioOutaouais collecte et utilise mes renseignements personnels et de santé pour assurer ma prise en charge, créer et tenir mon dossier physiothérapique, et assurer le suivi de mes traitements.

☐ **Transmission de rapports — médecin, employeur, CNESST / SAAQ / WSIB**
J'autorise PhysioOutaouais à envoyer une copie ou un rapport de mon dossier aux individus ou organismes suivants :
☐ Médecin(s) ☐ Employeur ☐ CNESST / CSPAAT / SAAQ ☐ Autre :
Cette autorisation est valable pour la durée des soins en cours. Toute utilisation à une autre fin fera l'objet d'une revalidation de votre consentement.

☐ **Réception de renseignements d'un établissement tiers**
J'autorise l'établissement : à faire parvenir à PhysioOutaouais les renseignements suivants de mon dossier:

Avis de consentement — Protection des renseignements personnels

Vos renseignements sont traités conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé* (Loi 25) et à la *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux* (Loi 5). Pour en savoir plus sur la manière dont nous collectons, utilisons et protégeons vos renseignements personnels, veuillez consulter notre Politique de protection de la vie privée, disponible à l'accueil et sur physiooutaouais.ca. Vous pouvez modifier ou retirer votre consentement en tout temps en communiquant avec notre responsable de la protection des renseignements personnels à *info@physiooutaouais.ca* ou en discutant directement avec votre physiothérapeute. La modification ou le retrait de certains aspects de votre consentement pourrait avoir un impact sur les services que nous sommes en mesure de vous offrir. Votre consentement pourra être revalidé ponctuellement dans certaines situations : changement aux fins de collecte ou d'utilisation, modification de notre Politique de protection de la vie privée, changements importants à votre dossier, ou temps écoulé significatif entre vos séances.
Consentement aux soins : Le consentement aux soins en physiothérapie est revalidé verbalement par votre physiothérapeute lors de l'explication de tout nouveau plan de traitement ou de toute modification de celui-ci.

Je déclare que les informations fournies dans ce formulaire sont complètes et exactes à ma connaissance.

Signature du patient (14 ans ou plus)	Date (AAAA / MM / JJ)
Personne autorisée (si applicable)	Lien avec le patient