

Demande de services du Système commun d'orientation et de réception des demandes – Groupe B

Conformément à l'article 15 de la *Loi sur les renseignements médicaux personnels*, l'objectif de ce formulaire est d'indiquer les interventions relatives à la santé de l'enfant et de faire une demande de soutien du groupe B du Système commun d'orientation et de réception des demandes, qui comprend l'élaboration d'un programme de soins de santé et la formation du personnel de l'organisme ou du programme communautaire par une infirmière autorisée. Si vous avez des questions à propos des renseignements renfermés dans ce formulaire, veuillez communiquer avec le personnel de l'organisme ou du programme communautaire concerné.

Section I - Renseignements sur l'organisme ou le programme communautaire (à remplir par un employé du programme communautaire)

Type d'organisme ou de programme communautaire (cocher ✓)	Organisme ou programme communautaire :
	Personne-ressource :
	Téléphone : Télécopieur :
	Courriel :
	Adresse (lieu où les services seront fournis) :
<input type="checkbox"/> École <input type="checkbox"/> Fournisseur de services de garde titulaire d'une licence <input type="checkbox"/> Aide auxiliaire à la famille <input type="checkbox"/> Programme de loisirs	Rue : Ville ou village : CODE POSTAL :

Section II - Renseignements sur l'enfant

Nom	Prénom	Date de naissance
Alias		mois (caractère J J A A A A d'imprimerie)

Veuillez cocher (✓) tous les états de santé pour lesquelles l'enfant pourrait avoir besoin d'une intervention pendant qu'il prend part aux activités de l'organisme ou du programme communautaire.

<input type="checkbox"/>	Allergie constituant un danger de mort (auto-injecteur EpiPen sur ordonnance)	
	L'enfant apporte-t-il un EpiPen?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/>	Asthme (administration de médicaments par inhalation)	
	L'enfant apporte-t-il un médicament contre l'asthme (pompe)?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	L'enfant peut-il administrer lui-même le médicament contre l'asthme (pompe)?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/>	Troubles épileptiques	
	De quel type d'épilepsie l'enfant est-il atteint? _____	
	L'enfant nécessite-t-il l'administration de médicaments de secours (p. ex., lorazepam sublingual)?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/>	Diabète	
	De quel type de diabète l'enfant est-il atteint?	<input type="checkbox"/> Type 1 <input type="checkbox"/> Type 2
	L'enfant nécessite-t-il une surveillance de sa glycémie lorsqu'il est au programme communautaire?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	L'enfant nécessite-t-il de l'aide avec la surveillance de sa glycémie?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	L'enfant a-t-il des urgences liées au faible taux de sucre dans le sang qui nécessite une intervention?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

<input type="checkbox"/> Maladie cardiaque (possibilité d'une intervention d'urgence spécialisée lorsqu'il est au programme communautaire). Quel type de maladie cardiaque a été diagnostiqué chez l'enfant? _____
<input type="checkbox"/> Trouble de saignement (p. ex. maladie de von Willebrand, hémophilie) Quel type de trouble de saignement a été diagnostiqué chez l'enfant? _____
<input type="checkbox"/> Dépendance aux stéroïdes (p. ex. hyperplasie surrénalienne congénitale, hypopituitarisme, maladie d'Addison) Quel type de dépendance aux stéroïdes a été diagnostiqué chez l'enfant? _____
<input type="checkbox"/> Ostéogénèse imparfaite (maladie des os de verre)
<input type="checkbox"/> Soins gastrostomiques L'enfant nécessite-t-il une alimentation par tube gastrostomique lorsqu'il est au programme communautaire? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON L'enfant nécessite-t-il l'administration de médicaments par tube gastrostomique lorsqu'il est au programme communautaire? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Soins aux stomisés La poche pour stomie de l'enfant doit-elle être vidée lorsqu'il est au programme communautaire? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON L'appareillage pour stomie de l'enfant doit-il être changé lorsqu'il est au programme communautaire? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON L'enfant nécessite-t-il de l'aide avec les soins de stomies au programme communautaire? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Sondage intermittent propre L'enfant nécessite-t-il un sondage intermittent propre lorsqu'il est au programme communautaire? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Administration d'oxygène à dosage préétabli L'enfant nécessite-t-il de l'oxygène à dosage préétabli lorsqu'il est au programme communautaire? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON L'enfant apporte-t-il un équipement d'oxygène au programme communautaire? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Succion (orale ou nasale) L'enfant nécessite-t-il une succion orale ou nasale lorsqu'il est au programme communautaire? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON L'enfant apporte-t-il un équipement de succion au programme communautaire? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Section III - Autorisation de divulguer des renseignements médicaux

J'autorise le programme communautaire, le bureau provincial du Système commun d'orientation et de réception des demandes et le fournisseur de soins infirmiers qui fournissent tous des services ou un soutien à mon enfant, à échanger et à divulguer des renseignements médicaux spécifiques aux interventions de soins de santé indiquées ci-dessus et à consulter le ou les médecins de mon enfant, le cas échéant, dans le but d'élaborer et de mettre en place un Plan individuel de soins de santé ou un plan d'intervention d'urgence, et de former le personnel de l'organisme ou du programme communautaire en fonction des besoins de _____.
(nom de l'enfant)

J'autorise aussi le bureau provincial du Système commun d'orientation et de réception des demandes à inclure les renseignements concernant mon enfant dans une base de données provinciale qui sera utilisée dans les seuls buts de planifier des programmes et de coordonner et fournir des services. Cette base de données peut être mise à jour pour tenir compte des besoins et des services changeants. Je comprends que les renseignements personnels de mon enfant seront traités de manière confidentielle et protégés, conformément à la *Loi sur les renseignements médicaux personnels* et à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*.

Je comprends que toute autre collecte, utilité ou divulgation des renseignements personnels ou médicaux de mon enfant ne sera pas permise sans mon consentement, à moins d'être autorisé en vertu de la LRMP ou la LAIPVP.

J'examinerai cette autorisation chaque année. Je comprends qu'en tant que parent ou tuteur légal, je peux modifier ou révoquer cette autorisation à tout moment par demande écrite adressée aux responsables de l'organisme ou du programme communautaire.

Si vous avez des questions sur l'emploi des renseignements fournis sur le présent formulaire, veuillez communiquer directement avec moi auprès du programme communautaire.

Signature du parent ou du tuteur légal

Date

Adresse postale

Code postal

N° de téléphone