



**INITIATIVE DE THÉRAPIE PÉDIATRIQUE
Région du Centre**

**Consentement à l'échange
d'informations**

Nom de l'enfant: _____	Date de naissance: (m/j/a) _____
------------------------	----------------------------------

ÉCHANGE D'INFORMATIONS :

En vertu de la Section 22(2)(a) et (g) de la *Loi sur les renseignements médicaux personnels* (LRMP) (la Loi de la province du Manitoba), les organismes orienteurs et d'autres services peuvent échanger de l'information pour des raisons d'évaluation, de traitement, d'orientation ultérieure et d'évaluation des programmes.

Il est entendu que l'information sera échangée entre les personnes indiquées ci-dessous :

Service d'origine Nom, organisme, adresse et n° de téléphone (tous ces renseignements sont obligatoires)

Médecin de famille _____

Pédiatre _____

Infirmière de la santé publique _____

Clinique de développement de l'enfant _____

Parent(s) de famille d'accueil _____

Orthophoniste _____

Audiologiste _____

Physiothérapeute _____

Ergothérapeute _____

Coordonnateur des services (SSE, SMD, SFE, Santé mentale pour enfants et adolescents) _____

Prémamanche/Garderie éducative _____

Administrateur des services aux étudiants/Enseignant ressource _____

Autres (Veuillez indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone) : _____

Directives particulières : _____

Toute personne non autorisée en vertu de la Loi qui souhaite recevoir des renseignements ou un exemplaire du rapport est priée d'obtenir un consentement écrit de la personne intéressée ou de son représentant légal autorisé.

Il est entendu que les renseignements recueillis et échangés seront utilisés pour des raisons d'évaluation, de planification et dans le cas de programmes et de stratégies de développement au profit de l'enfant ou de sa famille. Cette information peut être échangée verbalement ou dans des rapports écrits.

Au cours de l'obtention ou de la collecte de renseignements sur votre enfant, il se peut que nous devons remettre un exemplaire du présent formulaire à l'un des prestataires de services indiqués ci-dessus. Il va sans dire que ce prestataire connaîtra à ce moment-là les autres prestataires de services indiqués sur le formulaire.

Le présent consentement à l'échange d'informations est en vigueur pendant la durée de la participation au programme, à moins d'indication contraire. Les parents peuvent demander que des modifications soient apportées à tout moment.

Signature du parent ou du tuteur légal : _____ Date: _____

Signature du témoin : _____ Date: _____

Review Date:		New Form Dated:	
--------------	--	-----------------	--