

Nom du prestataire/de l'établissement

À propos de PSYCKES

Le Bureau de la santé mentale de l'État de New York (New York State Office of Mental Health, OMH) gère le Psychiatric Services and Clinical Knowledge Enhancement System (PSYCKES), un système d'amélioration des services psychiatriques et des connaissances cliniques. Cette base de données en ligne contient une partie de vos antécédents médicaux ainsi que d'autres informations relatives à votre santé. Elle peut aider vos prestataires de soins de santé à vous fournir les soins adaptés lorsque vous en avez besoin. Les informations contenues dans PSYCKES proviennent de vos dossiers médicaux, de la base de données Medicaid de l'État de New York et d'autres sources. Pour en savoir plus sur le programme et sur l'origine de vos données, rendez-vous sur www.psyckes.org, puis cliquez sur About PSYCKES (À propos de PSYCKES).

Ces données comprennent :

- votre nom, votre date de naissance, votre adresse et d'autres informations permettant de vous identifier ;
- les services de santé qui vous ont été fournis et qui ont été pris en charge par Medicaid ;
- vos antécédents de soins, notamment les maladies ou blessures traitées, les résultats d'examens et les médicaments ;
- d'autres informations que vous ou vos prestataires de soins de santé saisissez dans le système, par exemple un plan de sécurité lié à votre santé.

Ce que vous devez faire

Vos informations sont confidentielles. Cela signifie que d'autres personnes doivent obtenir une autorisation pour les consulter. Vous pouvez remplir le présent formulaire dès maintenant, ou à tout moment, si vous souhaitez autoriser ou refuser l'accès de vos prestataires à vos dossiers. Votre choix n'aura aucune incidence sur votre droit à recevoir des soins médicaux ni sur votre couverture d'assurance maladie.

Veuillez lire attentivement le verso de cette page avant de cocher l'une des cases ci-dessous.

Choisissez :

- « JE DONNE MON CONSENTEMENT » si vous souhaitez que ce prestataire, ainsi que les membres de son personnel participant à vos soins, puisse consulter vos informations dans PSYCKES.
- « JE NE DONNE PAS MON CONSENTEMENT » si vous ne souhaitez pas qu'ils puissent les consulter.

Si vous ne donnez pas votre consentement, il peut arriver que ce prestataire soit malgré tout autorisé à consulter vos informations de santé dans PSYCKES, ou à les obtenir auprès d'un autre prestataire, lorsque les lois et règlements de l'État ou du gouvernement fédéral le permettent. Par exemple, si Medicaid a des préoccupations concernant la qualité de vos soins, votre prestataire peut obtenir l'accès à PSYCKES afin de l'aider à déterminer si vous recevez les bons soins au bon moment.

Votre choix. Veuillez cocher une (1) seule case.

☐ **JE DONNE MON CONSENTEMENT** pour que le prestataire, ainsi que les membres de son personnel participant à mes soins, accède à mes informations de santé dans le cadre des soins qui me sont fournis.

☐ **JE NE DONNE PAS MON CONSENTEMENT** pour que ce prestataire accède à mes informations de santé, mais je comprends qu'il peut être autorisé à les consulter lorsque les lois et règlements de l'État ou du gouvernement fédéral le permettent.

Nom du patient en majuscules

Date de naissance du patient

Numéro d'identification Medicaid du patient

Signature du patient ou de son représentant légal

Date

Nom du représentant légal en majuscules (le cas échéant)

Lien du représentant légal avec le patient (le cas échéant)

¹ Les lois et règlements comprennent notamment l'article 33.13 de la Mental Hygiene Law de l'État de New York, l'article 27-F de la Public Health Law de l'État de New York, ainsi que les règles fédérales de confidentialité, y compris le titre 42 du CFR, partie 2, et le titre 45 du CFR, parties 160 et 164 (également appelées HIPAA).

- 1 **Utilisation de vos informations de santé par les prestataires.** Ils peuvent les utiliser uniquement pour :
 - fournir un traitement médical, coordonner vos soins et assurer les services connexes ;
 - évaluer et améliorer la qualité des soins médicaux ;
 - informer vos prestataires de soins en cas d'urgence (par exemple, si vous vous rendez aux urgences).

- 2 **Informations auxquelles ils peuvent accéder.** En donnant votre consentement, vous autorisez _____ à consulter TOUTES vos informations de santé dans PSYCKES. Cela peut inclure des informations provenant de vos dossiers médicaux, telles que des maladies ou blessures (par exemple, le diabète ou une fracture), des résultats d'examen (radiographies, analyses de sang ou dépistages), des résultats d'évaluations et des médicaments. Ces informations peuvent également inclure les plans de soins, les plans de sécurité et les directives anticipées psychiatriques que vous élaborez avec votre prestataire de soins. Elles peuvent aussi concerner des informations de santé sensibles, notamment :
 - des troubles de santé mentale
 - la consommation d'alcool ou de drogues
 - la contraception et l'avortement (planning familial)
 - des maladies ou tests génétiques (héréditaires)
 - le VIH/sida
 - des infections sexuellement transmissibles

- 3 **Origine des informations.** Tous les services de santé qui vous sont fournis et qui sont pris en charge par Medicaid feront partie de votre dossier. Il en va de même des services que vous avez reçus dans un centre psychiatrique géré par l'État. Certaines informations, mais pas toutes, provenant de vos dossiers médicaux sont enregistrées dans PSYCKES, de même que les données que vous et votre médecin saisissez dans le système. Votre dossier en ligne comprend également vos informations de santé provenant d'autres bases de données de l'État de New York, et de nouvelles bases de données peuvent être ajoutées. Pour consulter la liste actuelle des sources de données et obtenir plus d'informations sur PSYCKES, rendez-vous sur www.psyckes.org et consultez la rubrique « About PSYCKES » (À propos de PSYCKES) ou demandez à votre prestataire de l'imprimer pour vous.

- 4 **Personnes pouvant accéder à vos informations, avec votre consentement. Les médecins de** _____ **et les autres membres du personnel participant à vos soins,** ainsi que les prestataires de soins de santé qui assurent un remplacement ou une garde pour _____ Les membres du personnel qui exercent les fonctions indiquées au point 1 ci-dessus peuvent eux aussi accéder à vos informations.

- 5 **Accès ou utilisation inappropriés de vos informations.** Des sanctions sont prévues en cas d'accès ou d'utilisation inappropriés de vos informations de santé dans PSYCKES. Si vous pensez qu'une personne a consulté vos informations ou y a accédé alors qu'elle n'y était pas autorisée, appelez :
 - _____ au _____, ou
 - le service des relations avec les usagers du Bureau de la santé mentale de l'État de New York au **800-597-8481**.

- 6 **Partage de vos informations.** _____ ne peut partager vos informations de santé avec d'autres personnes que lorsque les lois et règlements de l'État ou du gouvernement fédéral l'y autorisent. Cela s'applique aux informations de santé sous format électronique comme sous format papier. Certaines lois fédérales et de l'État prévoient également des protections particulières et des exigences supplémentaires pour la divulgation d'informations de santé sensibles, notamment les informations relatives au VIH/sida et aux traitements liés à la consommation de drogues ou d'alcool.¹

- 7 **Durée de validité.** Le présent formulaire de consentement reste valable pendant 3 ans après la dernière date à laquelle vous avez reçu des services de _____, ou jusqu'au jour où vous retirez votre consentement, selon la première de ces éventualités.

- 8 **Retrait de votre consentement.** Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment en signant et en remettant un formulaire de retrait de consentement à _____. Vous pouvez également modifier vos choix de consentement à tout moment en signant un nouveau formulaire de consentement. Vous pouvez obtenir ces formulaires sur www.psyckes.org ou auprès de votre prestataire en appelant _____ au _____. Veuillez noter que les prestataires qui obtiennent vos informations de santé par l'intermédiaire de _____ pendant que le présent formulaire de consentement est en vigueur peuvent copier vos informations ou les inclure dans leurs dossiers médicaux. Si vous retirez votre consentement, ils ne sont pas tenus de restituer ces informations ni de les supprimer de leurs dossiers.

- 9 **Copie du formulaire.** Vous pouvez recevoir une copie du présent formulaire de consentement après l'avoir signé.

¹ Le leggi e i regolamenti comprendono la sezione 33.13 della legge sull'igiene mentale di New York (NY Mental Hygiene Law), l'articolo 27-F della legge sulla sanità pubblica di New York (NY Public Health Law) e le norme federali sulla riservatezza, tra cui 42 CFR Parte 2 e 45 CFR Parti 160 e 164 (denominate anche HIPAA).