

Consentement au partage de renseignements médicaux personnels dans un foyer de soins personnels

Nous respectons votre vie privée, notamment vos renseignements médicaux personnels. Au Manitoba, il existe une loi provinciale appelée *Loi sur les renseignements médicaux personnels* (LRMP), qui régit la collecte de vos renseignements médicaux personnels tout en protégeant la confidentialité de ces renseignements.

Veuillez cocher les cases en fonction de vos préférences.

Je consens à ce qui suit :

1. Annonce de bienvenue

- | | <i>Oui</i> | <i>Non</i> | <i>s.o.</i> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Dans le bulletin de l'établissement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sur un panneau visible par les autres résidents et visiteurs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Annonce faite au moment des repas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Annonces d'anniversaire (pouvant inclure vos nom, date de naissance, date d'anniversaire, etc.)

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Sur le tableau d'information des résidents/familles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sur le calendrier mensuel des activités | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Annonce faite dans l'établissement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Cartes de prompt rétablissement

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Envoyées par les résidents et/ou les membres du personnel en cas d'hospitalisation. (Ce qui veut dire que d'autres résidents sauront que vous êtes à l'hôpital, mais la raison de cette hospitalisation ne sera pas dévoilée). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

4. Affichage de mon nom et de mon numéro de chambre :

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Dans le tableau répertoire des résidents à l'entrée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sur la porte du résident | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Je consens à ce qui suit :

Oui Non s.o.

5. Photos et vidéos

- Publiées dans le bulletin de l'établissement
- Affichées/visibles dans l'établissement

6. Message commémoratif (peut inclure vos nom, photo et date du décès)

- Sur les babillards
- Dans les livres et programmes commémoratifs
- Dans les bulletins d'information de l'établissement

7. Autre, veuillez préciser (p. ex., visiteurs tels que les clubs philanthropiques, Légion, etc.)

Date **Signature du résident ou proche / représentant /
personne désignée**

Date **Signature du membre du personnel /désignation**