

PROGRAMME DENTAIRE EN MILIEU SCOLAIRE



INSCRIPTION DES ÉLÈVES AUX SOINS
DENTAIRES

Téléphone : 207-874-2141

Fax : 207-874-2164

Cher parent/tuteur légal ~

Greater Portland Health (GPH), en partenariat avec les districts scolaires du comté de Cumberland, propose des soins dentaires sur place dans certaines écoles.

Veuillez remplir et signer le présent formulaire d'inscription aux soins dentaires, le formulaire de consentement au traitement et le formulaire d'autorisation de communication d'informations afin que votre enfant puisse bénéficier des services dentaires proposés dans son école. Vous devez le faire même si votre enfant est déjà patient de GPH.

Avec votre permission, un professionnel dentaire prodiguera les soins* que vous indiquez ci-dessous. Veuillez cocher tous les soins que vous souhaitez que votre enfant reçoive :

- ☐ Oui, je souhaite que mon enfant bénéficie d'un bilan dentaire
- ☐ Oui, je souhaite que mon enfant bénéficie d'un détartrage
- ☐ Oui, je souhaite que mon enfant bénéficie d'un traitement au fluor
- ☐ Oui, je souhaite que mon enfant bénéficie d'un traitement de scellement dentaire afin de prévenir l'apparition de caries sur ses dents définitives (si cela s'avère nécessaire).

*Un rapport détaillant les soins bucco-dentaires prodigués sera remis à votre enfant.

Le traitement de suivi est assuré par un dentiste de GPH dans la clinique située à Portland High School. Le traitement peut inclure, sans s'y limiter, un examen dentaire, des radiographies diagnostiques, l'application de fluor, des obturations, des couronnes et des extractions.

Si vous avez des questions, veuillez appeler le (207) 874-2141, poste 8401, ou envoyer un e-mail à jmacdonald@greaterportlandhealth.org.

INFORMATIONS SUR L'ÉLÈVE

NOM DE FAMILLE LÉGAL

PRÉNOM LÉGAL

DEUXIÈME PRÉNOM LÉGAL

PRÉNOM USUEL

*Nom choisi, surnom, nom d'usage,
« Veuillez m'appeler par ce nom »*

DATE DE NAISSANCE : _____
Mois / Jour / Année

ÉCOLE

ENSEIGNANT

CLASSE

Nom du patient : _____

Version du formulaire : 8.26

Date de naissance : _____

1 sur 11

PROGRAMME DENTAIRE EN MILIEU SCOLAIRE



INSCRIPTION DES ÉLÈVES AUX SOINS
DENTAIRES

Téléphone : 207-874-2141

Fax : 207-874-2164

COUVERTURE D'ASSURANCE DENTAIRE DE VOTRE ÉLÈVE

Si votre enfant dispose d'une assurance dentaire, y compris MaineCare, l'assurance sera facturée. Votre famille ne sera pas facturée pour les demandes de remboursement refusées ou si votre enfant n'est pas assuré.

Votre enfant bénéficie-t-il de MaineCare (Medicaid) ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne suis pas sûr(e)

Si oui, quel est le numéro d'identifiant
MaineCare de votre enfant ? _____

Votre enfant dispose-t-il d'une assurance dentaire privée
ou professionnelle ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne suis pas sûr(e)

_____	_____/_____/_____ Mois Jour Année Date de naissance	_____	
Nom de l'assuré principal		Lien avec le patient	
_____	_____	_____	_____
Nom de la compagnie d'assurance	Numéro de membre	Numéro de groupe	Date d'entrée en vigueur
_____	_____		
Adresse			
_____	_____	_____	
Ville	État	Code postal	

INFORMATIONS MÉDICALES DE L'ÉLÈVE

Votre enfant a-t-il des allergies ? O ou N (entourer) Si oui, veuillez les énumérer : _____

Énumérez les médicaments que prend votre enfant : _____

Veuillez indiquer tout antécédent chirurgical : _____

Votre enfant présente-t-il l'une des affections suivantes ? Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent.

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ TDA / TDAH | ☐ Malformations congénitales | ☐ Diabète de type _____ |
| ☐ SIDA / VIH / Hépatite | ☐ Paralysie cérébrale | ☐ Épilepsie / Crises convulsives |
| ☐ Anxiété | ☐ Fente labiale / palatine | ☐ Troubles rénaux |
| ☐ Asthme | ☐ Cancer / Tumeurs | ☐ Troubles hépatiques |
| ☐ Autisme / Syndrome d'Asperger | ☐ Cardiopathie congénitale | ☐ Problèmes d'élocution /
d'audition |

Où votre enfant reçoit-il habituellement ses soins ? _____ Northern Light Health _____ InterMed
_____ MaineHealth _____ Martin's Point _____ Greater Portland Health Autre : _____

Qui est le dentiste de votre enfant : _____

☐ Mon enfant n'a pas de dentiste actuellement.

Si votre enfant va chez le dentiste, à quand remonte sa dernière visite chez le dentiste ?

☐ Au cours de l'année passée ☐ Il y a plus d'un an ☐ Jamais

PROGRAMME DENTAIRE EN MILIEU SCOLAIRE



INSCRIPTION DE L'ÉLÈVE AUX SOINS DENTAIRES

Téléphone: 207-874 -2141

Fax: 207-874-2164

INFORMATIONS DÉMOGRAPHIQUES SUR L'ÉLÈVE

Les informations que vous partagez dans cette section n'auront aucun impact négatif sur la prise en charge de votre enfant. Elles sont fournies à des fins démographiques uniquement.

Sexe (encercler un):

Mâle

Femelle

Ya-t-il autre chose que vous aimeriez partager avec nous à propos de vos antécédents et qui pourraient influencer la façon dont nous prenons soin de vous en tant que patient?

Combien de personnes vivent dans votre ménage? _____

Revenu annuel de tous les adultes (18 ans et plus) du ménage? _____

Race:

☐ **Blanc**

Portugal, Allemagne, Pologne, Bosnie, Pays du Moyen-Orient

☐ **Noir, Africain, Afro-américain**

Haïti, Jamaïque, Kenya, Congo, etc.

☐ **Habitant d'une île du pacifique**

Samoa, Guam, Micronésie, Tahiti, Palua, etc.

☐ **Asiatique**

Chine, Philippines, Bangladesh, Népal, Pakistan, Vietnam

☐ **Natif d'Hawaï**

Natif d'une île hawaïenne

☐ **Amérindien du sud/centre/nord, Natif d'Alaska**

Amérindien, Penobscot, Passamaquoddy, Maliseet, Micmac, Abenaki, Inuit, Mayan, Inca, Porto-ricain, Miskito, Chatino, etc.

☐ **Multiracial**

Plus d'une race/ethnicité

☐ **Refuse de spécifier**

Ethnicité:

☐ Hispanique/Latino

☐ Pas hispanique/latino

Langue préférée (encercler un):

Anglais

Espagnol

Français

Arabe

Portugais

Somali

Cantonais

ASL (malentendants)

Kinyarwanda

Kirundi

Swahili

Lingala

Autre: _____

PROGRAMME DENTAIRE EN MILIEU SCOLAIRE



INSCRIPTION DES ÉLÈVES AUX SOINS
DENTAIRES

Téléphone : 207-874-2141

Fax : 207-874-2164

COORDONNÉES DU PARENT / TUTEUR LÉGAL

Parent / Tuteur légal Nom

Parent / Tuteur légal Prénom

Lien de parenté / Rôle

Date de naissance

Rue, Appartement /
Numéro de logement

Ville

État

Code postal

Numéro de téléphone

Êtes-vous patient(e) de Greater Portland Health ?

☐ OUI

☐ NON

Adresse e-mail du parent / tuteur légal

Adresse du domicile de l'élève (si différente de celle du parent / tuteur légal) :

En signant le présent formulaire, je reconnais que :

- J'accepte que mon enfant bénéficie des soins dentaires que j'ai indiqués ci-dessus sans la présence d'un parent ou d'un tuteur légal pendant toute la durée de sa scolarité dans un district scolaire du comté de Cumberland avec lequel GPH a conclu un partenariat.
- J'ai reçu et pris connaissance de l'Avis sur les pratiques de confidentialité de GPH, inclus dans le présent formulaire d'inscription.
- Je comprends que le Programme dentaire en milieu scolaire de GPH est une entité distincte de l'école et du cabinet de l'infirmière scolaire. Il propose des bilans dentaires et toute une gamme de soins bucco-dentaires au sein d'un établissement scolaire, tout en assurant la coordination avec les autres professionnels de santé susceptibles d'intervenir dans la prise en charge de mon enfant.

Signature du patient ou du parent / tuteur légal

Date de signature

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR LE TRAITEMENT AU FLUORURE DE DIAMINE D'ARGENT (SILVER DIAMINE FLUORIDE/SDF)

QU'EST-CE QUE C'EST ? Le SDF est un liquide antibiotique polyvalent que nous utilisons sur les dents.
Nous n'appliquons pas le SDF sur les dents de devant.

PROCÉDURE : Sécher, laisser agir 1 minute, essuyer, appliquer un vernis au fluor (facultatif)

Le goût métallique / amer disparaît rapidement

Renouveler l'application tous les 6 mois ou procéder à un traitement par obturation

AVANTAGES :

- Le SDF peut aider à arrêter ou ralentir la carie dentaire
- Le SDF peut aider à soulager la sensibilité dentaire
- Le SDF peut aider les patients très jeunes, anxieux ou ayant des besoins spéciaux qui nécessiteraient une sédation pour un traitement traditionnel.



EFFETS SECONDAIRES / CONTRE-INDICATIONS / RISQUES :

- Le SDF colorera définitivement en noir la cavité que nous traitons.
 - Les obturations et couronnes de couleur naturelle peuvent se décolorer si le SDF y est appliqué
 - Si le SDF est appliqué sur les gencives ou la peau, une tache brune ou blanche peut apparaître et disparaîtra en 1 à 3 semaines.
 - **Ne pas utiliser le SDF si vous êtes allergique à l'argent et/ou si vous présentez des plaies douloureuses ou des zones à vif au niveau des gencives ou ailleurs dans la bouche**
 - Pour les cavités profondes, le risque de réaction pulpaire augmente. Si cela se produit, on peut y remédier par un traitement de canal ou par l'extraction de la dent, selon la situation. Dans certains cas, il peut valoir la peine de procéder à l'intervention malgré le risque lié à cette réaction, si cela permet de préserver la dent.
-
- Le recours au SDF peut, ou non, rendre superflus les obturations ou les couronnes dentaires destinées à réparer la dent.
 - Des traitements supplémentaires pourraient s'avérer nécessaires si la carie est profonde ou si le SDF ne permet pas de l'enrayer.
 - L'absence de traitement entraînera une détérioration continue de la dent. Des symptômes peuvent apparaître ou s'aggraver.
 - Les alternatives comprennent les obturations, les couronnes, l'extraction ou l'orientation vers un traitement/une prise en charge avancé(e)

Je reconnais par la présente avoir lu cet accord de consentement ou qu'il m'a été expliqué. Je comprends le présent consentement ainsi que la signification de son contenu, y compris les avantages et les risques liés au SDF. Toutes les questions ont reçu une réponse satisfaisante. Par la présente, je donne mon consentement au traitement par SDF.

☐ **OUI** je consens à ce que mon enfant reçoive un traitement par SDF.

☐ **NON**, non je ne consens pas à ce que mon enfant reçoive un traitement par SDF.

Nom du patient : _____ Date de naissance : _____

Signature du patient/parent : _____ Date _____

Signature du prestataire dentaire : _____ Date _____

AVIS DE PRATIQUES DE CONFIDENTIALITÉ

Le présent avis décrit comment vos informations médicales peuvent être utilisées et divulguées, vos droits concernant vos informations de santé protégées (« PHI »), comment déposer une plainte concernant une violation de la confidentialité ou de la sécurité de vos PHI, ou de vos droits concernant vos PHI. Vous avez le droit de copier le présent avis (en format papier ou électronique) et de le discuter avec le Responsable de la Confidentialité de Greater Portland Health (« GPH ») au 207-874-2141 si vous avez des questions.

Le présent avis s'applique à toutes les PHI, y compris, le cas échéant, les informations sur le traitement des troubles liés à l'utilisation de substances (« SUD »).

Utilisations et Divulgations de Vos PHI :

Lorsque vous demandez des services de santé auprès du GPH, un enregistrement de l'interaction est documenté. Le présent dossier peut contenir vos symptômes, résultats d'examens et de tests, diagnostic, traitement, et un plan pour vos soins/services futurs. Ces informations font partie de votre dossier de santé/médical et constituent une partie essentielle des soins/services de santé que nous vous fournissons. Les informations vous concernant dans le dossier sont parfois appelées PHI, et GPH est légalement tenu de protéger la confidentialité des PHI. Toute utilisation ou divulgation de vos PHI non décrite dans le présent avis ne sera autorisée qu'avec un avis vous étant adressé et avec votre consentement écrit préalable, que vous avez le droit de révoquer à tout moment. Un exemple implique des activités de marketing.

Nous pouvons utiliser et divulguer vos PHI sans autorisation écrite distincte :

- Pour la planification et la fourniture de vos soins et traitements,
- Dans la communication avec les professionnels de santé qui contribuent à vos soins,
- Pour la vérification auprès des tiers payeurs (compagnies d'assurance) que les services ont été fournis,
- Dans le cadre des opérations de soins de santé, y compris les évaluations de qualité concernant les soins que nous dispensons et les résultats que nous obtenons,
- Pour vous informer des services et traitements qui pourraient vous intéresser,
- Pour respecter les lois étatiques et fédérales qui nous obligent à divulguer vos PHI, et
- Si vos PHI incluent des dossiers SUD générés en lien avec un programme SUD soutenu par des fonds fédéraux, et si vous avez signé un formulaire d'autorisation pour la divulgation de vos autres PHI à un tiers, cette autorisation est suffisante selon la loi pour permettre la divulgation des informations SUD.

Restrictions spéciales :

Nous ne divulguons pas les PHI et nous ne témoignerons pas concernant le contenu de vos dossiers confidentiels dans le cadre de procédures civiles, administratives, pénales ou législatives sans votre consentement écrit spécifique ou une ordonnance du tribunal. La production de PHI pour des procédures judiciaires (basée sur une assignation ou autre mandat légal et une ordonnance du tribunal) n'aura pas lieu sans que nous vous donnions d'abord un préavis pour vous permettre de contester la production ou d'être entendu, si un tel préavis et/ou une telle opportunité est requis par la loi fédérale.

Divulgations concernant les services de traitement des troubles liés à l'utilisation de substances dans un programme « Part 2 ». Si vos PHI incluent des dossiers SUD générés dans le cadre d'un programme « Part 2 » (c.-à-d. un programme SUD soutenu par des fonds fédéraux), toute divulgation autorisée ou exigée à des fins de traitement, de paiement ou d'opérations de soins de santé à un autre fournisseur ou programme SUD peut être ultérieurement divulguée par ce programme ou ce fournisseur de soins de santé si et dans la mesure où cela est autorisé par la loi fédérale, sans nécessiter un consentement écrit distinct de votre part. Si vous remplissez un formulaire d'autorisation pour la divulgation de vos PHI à une tierce partie, et qu'il couvre à la fois les PHI générales ainsi que les dossiers SUD, un formulaire de consentement séparé ne sera pas nécessaire pour les divulgations SUD.

Vos droits concernant vos informations de santé.

Bien que votre dossier de santé soit la propriété physique de GPH, les PHI vous appartiennent. En vertu des règles fédérales sur la confidentialité, vous avez le droit de :

- Recevoir un avis sur l'utilisation et la divulgation de votre dossier de santé/médical, y compris une copie papier de l'avis si demandée,
- Demander des restrictions sur l'utilisation et la divulgation de vos informations de santé ou demander que nous envoyions vos communications confidentielles par des moyens alternatifs,
- Consulter et obtenir une copie de votre dossier,
- Demander que votre dossier de santé soit modifié,
- Assurer l'exactitude de vos PHI, et
- Demander un relevé de certains usages et divulgations de vos PHI.

Nos Responsabilités.

GPH est tenu de :

- Maintenir la confidentialité de vos informations de santé, y compris les notes de psychothérapie et de consultation SUD, sauf si vous y consentez ou si une exception à la divulgation s'applique.
- Vous informer des obligations légales et des pratiques de GPH en matière de confidentialité concernant les informations sur la santé que nous recueillons et conservons à votre sujet.
- Respecter les termes de notre Avis le plus récent.
- Vous informer si GPH est incapable de respecter une restriction demandée.
- Répondre aux demandes raisonnables concernant des moyens alternatifs de communication à propos de vos PHI.
- Si GPH participe à des activités de collecte de fonds, vous donner l'opportunité de choisir de ne pas recevoir de communications liées à ces activités de la part de GPH.
- Vous fournir un formulaire de consentement unique permettant à GPH d'utiliser et de divulguer vos PHI à des fins de traitement, de paiement et d'opérations liées aux soins de santé.

GPH se réserve le droit de modifier et de réviser ses pratiques de confidentialité pour rester en conformité avec les lois fédérales et étatiques. En cas de modification importante, un Avis révisé sera mis à disposition ou distribué dans la mesure requise par la loi.

Divulgations Autorisées Sans Consentement.

GPH est autorisé à utiliser et divulguer vos informations de santé sans votre consentement :

- À des fins liées au traitement,
- À des fins liées au paiement,
- À des fins d'opérations de soins de santé, et
- Lorsque requis par la loi de l'état ou la loi fédérale.
- Lorsque permis par la loi, dans les communications avec des partenaires commerciaux ; pour des rappels de rendez-vous ; aux autorités gouvernementales de santé, y compris les médecins d'état, la Food and Drug Administration, les organisations de prélèvement d'organes, les efforts des autorités

pour des activités et la protection de la santé publique, y compris les divulgations liées aux services de protection de l'enfance ou des adultes ; les urgences médicales ; le don d'organes ou de tissus ; les fins de recherche avec des données dé-identifiées ; les médecins légistes ; les services pour se conformer aux lois concernant la compensation des travailleurs ; pour certaines fonctions spécialisées autorisées, y compris les opérations militaires ou les efforts de secours en cas de catastrophe ; aux autorités gouvernementales chargées de l'application de la loi en réponse à une ordonnance du tribunal, ou dans d'autres situations légales telles que signaler un crime ou répondre à certaines assignations valides.

Divulgations permises avec possibilité de refus. GPH peut communiquer avec vous, après vous avoir donné la possibilité de vous opposer ou de refuser, concernant : des divulgations aux membres de la famille et aux soignants si cela est pertinent pour la participation de cette personne à vos soins ou au paiement de vos soins ; des sollicitations concernant des avantages ou des produits liés à la santé ; pour des opérations de collecte de fonds ; pour les efforts de marketing de GPH.

Accord sur les soins de santé organisés.

GPH est membre de Community Care Partnership of Maine (« CCPM »), un « Accord sur les soins de santé organisés » axé sur l'amélioration de la santé des communautés qu'il sert. Les membres de CCPM, en collaboration avec les compagnies d'assurance, utilisent des analyses de santé de la population, des examens d'utilisation, des évaluations de la qualité et des activités d'amélioration, ainsi que d'autres stratégies fondées sur des preuves pour améliorer vos soins de santé. Les membres sont mutuellement responsables de la santé de tous les patients servis par CCPM. Les entités qui composent le présent Accord de soins de santé organisés incluent les centres de santé communautaires et les hôpitaux suivants : Cary Medical Center, Bucksport Regional Medical Center, Clinical Community Services, Eastport Health Care, Fish River Rural Health, Harrington Family Health Center, Health Access Network, HealthReach Community Health Centers, Islands Community Medical Services, Mount Desert Island Hospital, Katahdin Valley Health Center, Millinocket Regional Hospital, York County Community Action Corporation, Pines Health Services, Penobscot Valley Hospital, Pines Health Services, Regional Medical Center at Lubec, Sacopee Valley Health Center, GPH, Seabasticook Family Doctors, St. Joseph Hospital et St. Croix Regional Family Health Center. L'accord sur les soins de santé organisés de CCPM permet à ces entités couvertes distinctes, y compris GPH, de partager des PHI entre elles si nécessaire pour effectuer des traitements, paiements ou opérations de soins de santé autorisés en lien avec le travail de l'accord sur les soins de santé organisés, sauf si une loi, une règle ou un règlement en dispose autrement. La liste des entités peut être mise à jour pour s'appliquer à de nouvelles entités à l'avenir. Vous pouvez accéder à la liste la plus récente sur www.ccpmmaine.org/members ou appeler le 207-992-9200.

Pour plus d'informations, pour demander des informations ou pour signaler un problème

Si vous pensez que vos droits à la vie privée concernant des informations de santé confidentielles de tout type, y compris les informations sur le traitement de SUD, ont été violés par GPH, vous pouvez contacter l'Agent de confidentialité de GPH, 180 Park Ave, Portland, ME 04102. (207) 874-2141) ;

www.greaterportlandhealth.org. Vous pouvez également déposer une plainte auprès du Secrétaire du Département de la Santé et des Services Sociaux des États-Unis, 200 Independence Ave, S.W., Washington, D.C. 20201. Consultez le site web de l'Office for Civil Rights, www.hhs.gov/ocr/hipaa/ pour plus d'informations.

Vous ne serez pas pénalisé par le GPH de quelque manière que ce soit pour avoir soumis une plainte.

Entrée en vigueur : 2 janvier 2026

<https://www.federalregister.gov/documents/2024/02/16/2024-02544/confidentiality-of-substance-use-disorder-sud-patient-records>

Inscription au Centre de santé scolaire de Greater Portland Health

Formulaire d'autorisation d'utilisation et de divulgation d'informations en matière de soins de santé

En signant ci-après, je reconnais et consens à ce qui suit, eu égard à l'inscription de mon enfant au Centre de santé scolaire de Greater Portland Health (« le Centre de santé scolaire GPH ») et à la divulgation du dossier médical de mon enfant et d'informations connexes :

- J'ai reçu et lu l'Avis relatif aux pratiques en matière d'informations de santé du Centre de santé scolaire GPH qui offre des conseils concernant l'utilisation et la divulgation potentielles des informations de santé contenues dans le dossier médical de mon enfant, conformément aux normes de confidentialité de la loi HIPAA.
- J'autorise le Centre de santé scolaire GPH à accéder au dossier médical de mon enfant, y compris sans toutefois s'y limiter, aux informations concernant la santé physique, le comportement et les services de consultation, le cas échéant, et à toutes informations connexes, aux fins de traitement ou comme exigé et permis par la loi, comme déterminé par le Centre de santé scolaire GPH.
- J'autorise le Centre de santé scolaire GPH à fournir à l'école (y compris à l'infirmier/infirmière et aux assistants sociaux) des informations extraites des dossiers du Centre de santé scolaire GPH, comme il est jugé nécessaire et approprié à des fins de traitement ou comme exigé et permis par la loi, comme déterminé par le Greater Portland Health.
- J'autorise le Centre de santé scolaire GPH à communiquer les informations contenues dans ses dossiers (y compris les dossiers médicaux de l'école s'ils font partie des dossiers du centre) à d'autres médecins et prestataires de soins, y compris des médecins généralistes, dentistes et spécialistes de la santé mentale, pour faciliter l'administration des soins à mon enfant.
- J'autorise le médecin généraliste, dentiste et spécialiste de la santé mentale de mon enfant (« Prestataires tiers ») à fournir des informations de santé et dossiers médicaux au Centre de santé scolaire GPH pour faciliter l'administration des soins par le Centre de santé scolaire GPH à mon enfant. Je comprends que lesdits Prestataires tiers peuvent me demander de signer une autorisation séparée pour autoriser la divulgation des dossiers concernant le traitement par ces derniers.
- J'autorise le Centre de santé scolaire GPH à communiquer des informations extraites des dossiers du Centre de santé scolaire GPH, s'il y a lieu, aux compagnies d'assurance ou autres débiteurs.
- Je comprends et accepte comme suit : (i) Cette autorisation est valable pendant un an à compter de la date de signature, sauf si une durée plus brève est stipulée aux présentes et (ii) je peux révoquer cette autorisation à tout moment en déposant un avis écrit de retrait de l'autorisation, sauf dans la mesure où le Centre de santé scolaire GPH s'est fié au consentement original.

✍ **Signature du parent/tuteur :** _____ **Date :** _____

Nom en caractères d'imprimerie : _____ **Relation avec l'enfant :** _____

Nom du patient : _____ Date de naissance : _____

Greater Portland Health (GPH) est un centre de santé communautaire qui fournit des soins médicaux intégrés pour la santé physique et mentale, y compris le VIH/SIDA, ainsi que des services dentaires, à l'ensemble de la communauté. GPH utilise un dossier médical électronique (DME) qui regroupe toutes vos informations médicales en un seul endroit. Afin de vous offrir les meilleurs soins possibles, les prestataires de GPH peuvent consulter toute partie de votre dossier médical pertinente à votre traitement, y compris les dossiers physiques, de santé mentale, de consommation de substances et/ou dentaires.

1. **Consentement Général au Traitement :** J'autorise les prestataires de GPH à effectuer des examens, des tests diagnostiques et des procédures pour évaluer mon état de santé, et à fournir les soins (y compris les traitements d'urgence), les services ou les thérapies nécessaires pour me diagnostiquer et me traiter efficacement. Je comprends qu'il est de la responsabilité de mon ou mes prestataires traitants de m'expliquer la nature des soins, traitements, services, médicaments prescrits, interventions suggérées ou procédures proposés. Avant que je ne subisse une intervention ou un examen, mon ou mes prestataires de soins m'expliqueront les avantages, les risques et les effets secondaires potentiels, y compris les problèmes susceptibles de survenir pendant la convalescence, les chances de réussite, les autres options disponibles ainsi que les risques et effets secondaires associés à ces alternatives, et me fourniront des informations sur les conséquences possibles du refus de suivre le traitement recommandé.
2. **Droit de Refuser le Traitement :** Je comprends que je peux refuser tout examen, test, procédure, traitement, thérapie ou médicament recommandé ou jugé médicalement nécessaire par mon ou mes prestataires de soins de santé, et que je demeure responsable des décisions concernant mes propres soins de santé ainsi que des conséquences de ces décisions.
3. **Responsabilité de Paiement :** Je comprends que je dois payer GPH pour les frais découlant de mon traitement. Je demande que le paiement des prestations couvertes autorisées soit effectué en mon nom à GPH pour ces services. Je comprends que GPH peut partager mes informations de santé, y compris les informations relatives au VIH/SIDA, au traitement des troubles liés à la consommation de substances (dans la mesure où la loi l'autorise ou l'exige), et aux soins de santé mentale, avec ma ou mes compagnies d'assurance à des fins de paiement et de vérification des prestations.
4. **Avis sur les Pratiques de Confidentialité (APC) :** Je comprends que GPH est tenu de préserver mes informations de santé confidentielles, mais qu'il est légalement autorisé à les utiliser pour me soigner, percevoir le paiement des services qui m'ont été fournis, coordonner mes soins ou pour les besoins des opérations internes de GPH.
5. **Divulgence des Informations de Santé :** Je comprends que, sous certaines conditions, je peux demander que le partage de mes informations soit soumis à des restrictions, demander à recevoir des communications à une adresse ou un numéro de téléphone précis, et consulter ou obtenir des copies de mes informations médicales protégées en adressant une demande écrite. Je dispose d'autres droits concernant mes informations de santé, tels que mentionnés dans l'APC.
6. **Assurance :** Si je bénéficie d'une couverture d'assurance en cours de validité, je m'assurerai que mon contrat d'assurance mentionne bien mon médecin de soins primaires (MSP) de GPH afin de garantir une facturation correcte et l'accès aux soins spécialisés. Je comprends que GPH a le droit de contacter mon fournisseur d'assurance afin de fournir des informations mises à jour si le MSP indiqué n'est pas correct.
7. **HealthInfoNet (HIN) et le Système d'Information sur les Immunisations du Maine (ImmPact) :** GPH participe aux deux systèmes. HIN est une plateforme électronique sécurisée sur laquelle les prestataires de soins de santé du Maine partagent les informations relatives à leurs patients afin de permettre la prise de décisions thérapeutiques plus éclairées. ImmPact est un référentiel central sécurisé, géré par l'État, pour les dossiers de vaccination. Les prestataires du Maine sont tenus d'y enregistrer les vaccinations. Il s'agit de programmes avec option de retrait ; si vous souhaitez en savoir plus ou vous retirer, veuillez en informer un membre de l'équipe soignante.
8. **Résultats de laboratoire :** GPH a conclu un contrat avec les Laboratoires NorDx pour certains services de laboratoire. Lorsque les analyses sont effectuées par NorDx, les résultats sont disponibles dans le dossier de santé électronique (DSE) de MaineHealth. Les prestataires de GPH et de MaineHealth peuvent accéder à vos résultats de laboratoire afin de soutenir votre prise en charge, d'aider à prendre des décisions éclairées et de coordonner le traitement.
9. **Technologie d'Assistance :** GPH utilise une variété d'outils informatiques avancés, notamment l'Intelligence Artificielle (IA), pour soutenir les prestataires et les équipes soignantes. Ces technologies ne remplacent pas votre prestataire de soins de santé. Nous ne nous appuyons pas sur des systèmes d'intelligence artificielle pour prendre des décisions concernant vos soins. Un clinicien agréé qui vous connaît, ainsi que vos antécédents médicaux, formulera les évaluations finales et les recommandations concernant votre diagnostic et votre traitement.

10. **Règles de Bonne Conduite :** GPH doit être un environnement sûr et respectueux pour tous. Tout comportement dangereux, abusif ou menaçant est inacceptable et peut entraîner la mise en place d'accords de prise en charge collaborative, voire le renvoi du cabinet.
11. **Droits de Réclamation :** Je suis informé(e) de mes droits de réclamation tels qu'ils sont définis dans la Politique de Gestion des Réclamations de GPH.
12. **Signature :** En signant ci-dessous, je confirme avoir lu et compris les informations fournies ci-dessus. Si j'ai des questions concernant mon consentement, je demanderai à un membre de l'équipe soignante avant de signer le présent formulaire.

Signature du patient _____ **Date** _____
(Si le patient est âgé de moins de 18 ans, un parent ou tuteur légal doit signer) ccg5/2026