



## Informations sur les inscriptions au centre de santé scolaire

Cher parent ou tuteur,

En partenariat avec les écoles publiques de Portland, Westbrook et South Portland, ainsi qu'avec le Maine Medical Center, Greater Portland Health (GPH) propose des services de centres de santé scolaires dans les établissements suivants : les lycées de Portland, Deering et Casco Bay, PATHS, le collège King, les lycées et collèges de Westbrook, ainsi que les lycées et collèges de South Portland.

Veuillez remplir le formulaire d'inscription médicale ci-joint afin que votre enfant puisse bénéficier des services de santé en milieu scolaire dans n'importe quel centre de santé scolaire du GPH, ainsi que dans n'importe quel cabinet de médecine générale du réseau GPH accueillant des enfants. **Même si votre enfant consulte déjà un médecin traitant ou un professionnel de la santé mentale, vous pouvez tout de même l'inscrire au programme du centre de santé scolaire de GPH.** Notre objectif est que tous les enfants et leurs familles soient suivis par un médecin traitant. Les centres de santé scolaires de GPH complètent les services prodigués par le médecin traitant habituel de votre enfant et assurent la coordination des soins avec celui-ci, le cas échéant. Pour plus d'informations, veuillez consulter le site Internet de GPH ([https://www.greaterportlandhealth.org/ services/school-based-health-centers](https://www.greaterportlandhealth.org/services/school-based-health-centers)).

Des demandes de remboursement seront présentées pour les prestations fournies, le cas échéant. Si un patient n'est pas assuré, Greater Portland Health propose un barème de tarifs dégressif.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Les centres de santé scolaires de Greater Portland Health proposent :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Services de soins de santé primaires</li> <li>• Services de santé comportementale</li> <li>• Services psychiatriques</li> <li>• Services de soins dentaires (inscription distincte)</li> <li>• Services de télésanté</li> <li>• Prise en charge de la contraception, y compris la contraception d'urgence</li> <li>• Prélèvements sanguins</li> <li>• Optométrie</li> </ul> | <p><b>Les 5 principales raisons d'inscrire votre enfant :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Un personnel aimable et attentionné</li> <li>2. Prise de rendez-vous pratique et rapide (pas besoin de se déplacer !)</li> <li>3. Coordination avec le médecin traitant de votre enfant</li> <li>4. Des soins de qualité et empreints de bienveillance</li> <li>5. Surveillance simplifiée pour le suivi des maladies chroniques</li> </ol> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### Dans ce dossier, vous trouverez :

- Foire aux questions (FAQ) sur le centre de santé scolaire de GPH - à conserver
- Avis relatif aux pratiques de confidentialité de Greater Portland Health - à conserver
- Formulaire d'inscription médicale - **veuillez remplir, signer et remettre ce document au centre de santé scolaire ou à l'infirmière scolaire.**
- Autorisation générale de traitement - **veuillez signer ce document et le remettre au centre de santé scolaire ou à l'infirmière scolaire.**
- Autorisation de communication d'informations - **veuillez signer ce document et le remettre au centre de santé scolaire ou à l'infirmière scolaire.**

Pour toute question complémentaire, veuillez nous contacter au (207) 874-2141, poste 7, ou par e-mail à l'adresse [gphschoolhealth@greaterportlandhealth.org](mailto:gphschoolhealth@greaterportlandhealth.org).

## Centres de Santé Scolaire de Greater Portland Health

### Questions Fréquemment Posées

**Q : Quelles sont les écoles bénéficiant d'un centre de santé ?**

**R : À Portland :** King Middle School, Deering High School, Portland High School, Casco Bay High School et PATHS.

**À Westbrook :** Westbrook High School et Westbrook Middle Schools

**À South Portland :** South Portland High School et South Portland Middle School

**Q : Comment puis-je y inscrire mon enfant ?**

**R :** Remplissez et signez le formulaire d'inscription. Le formulaire dûment rempli peut être remis au centre de santé de l'école, à l'infirmier/l'infirmière du Centre de Santé Scolaire (SBHC, School-Based Health Center) ou à l'enseignant principal.

**Q : Mon enfant peut-il consulter un prestataire de soins dans un Centre de Santé Scolaire ou un centre de soins primaires de Greater Portland Health (GPH) si le formulaire d'inscription dûment signé par un parent n'a pas été remis ?**

**R :** Les mineurs (moins de 18 ans\*) doivent avoir un formulaire d'inscription dûment signé avant de pouvoir consulter un prestataire. Le formulaire d'inscription tient lieu d'autorisation pour fournir des services médicaux et de santé comportementale à un mineur.

Un consentement oral d'un parent ou tuteur permettra au prestataire de consulter l'enfant qu'**une seule fois**. Un formulaire d'inscription dûment rempli et signé doit être renvoyé avant que d'autres services puissent être fournis.

\*Un mineur peut consentir à tous les services médicaux, de santé mentale, dentaires ou autres conseils de santé si celui-ci :

- vit seul et sans soutien parental ;
- est marié ;
- est un membre des forces armées ;
- est émancipé.

Si l'élève a plus de 18 ans, il peut remplir et signer le formulaire d'inscription pour bénéficier des services à tout centre ou site GPH.

**Q : Qu'est-ce qu'une consultation confidentielle ?**

Les élèves inscrits au Centre de Santé Scolaire bénéficient de services confidentiels (à moins qu'ils ne choisissent d'inclure leurs parents dans leurs soins et donnent leur permission pour le faire). Les services suivants sont considérés comme des consultations confidentielles :

- Consommation et abus d'alcool et de drogues
- Dépistage et traitement du VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles
- Services de soins prénataux
- Soins de santé mentale en externe
- Gestion des méthodes contraceptives (y compris sans toutefois s'y limiter : préservatifs, contraceptifs oraux, timbres contraceptifs, contraceptifs oraux d'urgence ; pour les lycéens : des injections contraceptives, des implants contraceptifs et des stérilets sont également disponibles)

**Q : Dois-je inscrire mon enfant s'il est déjà un patient établi de GPH ?**

**R :** Oui

**Q : J'ai une question concernant mon assurance ou une facture que j'ai reçue.**

**R :** Si vous souhaitez discuter des options d'assurance et de paiement, y compris notre barème de tarifs dégressif, veuillez appeler le (207) 874-2141 et composer le poste 5058 pour être mis en relation avec nos conseillers en aide financière. Si vous avez des questions concernant les frais ou les services figurant sur votre facture, veuillez appeler le (207) 874-2141 et appuyer sur la touche 6 pour être mis en relation avec le service de facturation.

**Q : Pourquoi demandez-vous des informations sur les revenus du foyer dans le formulaire d'inscription ? Ai-je le droit de refuser de répondre à cette question ?** **R :** GPH est tenu de fournir des informations sur les niveaux de revenus de notre population de patients afin que nos centres de santé puissent bénéficier d'un financement.

Les données individuelles des patients ne sont pas communiquées, et le niveau de revenus d'un enfant n'a aucune incidence sur les soins qui lui sont prodigués. Vous pouvez refuser de fournir des informations sur vos revenus.

**Q : Quelle est la différence entre le rôle de l'infirmière scolaire et celui des SBHC ?**

**R :** L'infirmière scolaire évalue les problèmes médicaux afin de déterminer si l'enfant doit consulter un médecin traitant. Les infirmières scolaires sont en mesure de détecter les obstacles à l'apprentissage, de vérifier la couverture vaccinale, d'effectuer le triage ou de soigner les accidents et les maladies, d'administrer des médicaments et de favoriser la réussite scolaire grâce aux PEI et aux PHI.

Les SBHC constituent un point d'accueil et une source de soins de première ligne pour les enfants ; leur personnel est composé de professionnels de santé physique et mentale (à savoir des médecins, des infirmières praticiennes, des assistants médicaux et des travailleurs sociaux cliniques agréés). Les enfants inscrits peuvent choisir GPH comme centre de soins principal, ce qui leur garantit des soins coordonnés et accessibles tout au long de l'année. Si un enfant est déjà suivi par un médecin traitant ailleurs, les professionnels de santé des centres de santé scolaires (SBHC) coordonneront les soins avec le médecin traitant de l'enfant.

**Q : Quels sont les services proposés dans les centres de santé scolaires (SBHC) ?**

**R :** Les services proposés comprennent : les examens médicaux pour le sport, le diagnostic et le traitement des affections bénignes, la prise en charge des maladies chroniques, les vaccinations, les consultations en santé mentale, les prélèvements sanguins (pour analyses) et la prise en charge de la contraception.

**Q : Les enfants doivent-ils d'abord se rendre chez l'infirmière scolaire ou directement au centre de santé scolaire (SBHC) ?**

**R :** Les enfants bénéficiant des services de santé en milieu scolaire peuvent choisir où ils souhaitent se rendre en premier. Un enfant inscrit est toujours le bienvenu dans n'importe quel centre de santé scolaire (SBHC) pendant les heures d'ouverture. Les rendez-vous peuvent être pris à l'avance auprès de l'infirmière scolaire ou par l'enfant lui-même.

**Q : Mon enfant peut-il être pris en charge au centre de santé scolaire (SBHC) même s'il ne fréquente pas cet établissement ?**

**R :** Oui, si votre enfant est inscrit aux services de santé en milieu scolaire de GPH, il peut être pris en charge dans n'importe lequel de nos centres de santé en milieu scolaire (SBHC) ainsi que dans n'importe quel cabinet de médecine générale du réseau GPH accueillant des enfants.

**Q : Dois-je réinscrire mon enfant chaque année aux services de santé scolaires de GPH ? Si mon enfant quitte les écoles de Westbrook, South Portland ou Portland, reste-t-il toujours suivi par GPH ?**

**R :** Tant que votre enfant est inscrit dans les écoles publiques de Westbrook, South Portland ou Portland, vous n'avez PAS besoin de fournir de nouveaux documents chaque année. Vous n'avez pas non plus besoin de fournir de documents supplémentaires pour que votre enfant soit pris en charge dans l'un de nos centres de santé scolaires (SBHC) du GPH ou dans l'un des cabinets de médecine générale du réseau GPH qui accueillent des enfants.

Si votre enfant n'est plus inscrit dans l'un de ces trois réseaux scolaires, vous devrez contacter GPH en appelant le 874-2141 et demander que votre enfant reste suivi dans l'un de nos cabinets de médecine générale destinés aux enfants. Des documents supplémentaires pourraient être nécessaires.

**Q : Que faire si mon enfant a besoin de soins médicaux en dehors des heures de classe ?**

**R :** Vous pouvez prendre rendez-vous dans n'importe quel cabinet de médecine générale du réseau GPH qui accueille des enfants en appelant le 874-2141. Si votre enfant a un médecin traitant qui n'appartient pas au réseau GPH, vous pouvez également choisir de le contacter.

**Q : Mon enfant pourra-t-il consulter les professionnels de santé du SBHC pendant les périodes d'enseignement à distance ou lorsque les horaires scolaires sont modifiés ?**

**R :** Oui. Tous les professionnels de santé, qu'ils soient spécialisés dans le domaine médical ou en santé mentale, peuvent organiser des consultations à distance (via Zoom ou par téléphone) avec leurs patients. Afin que nous disposions des coordonnées exactes pour les consultations de télésanté, veuillez indiquer l'adresse e-mail de votre enfant sur le formulaire d'inscription.

Pour toute question supplémentaire, n'hésitez pas à nous contacter au (207) 874-2141, poste 7, ou par e-mail à l'adresse [gphschoolhealth@greaterportlandhealth.org](mailto:gphschoolhealth@greaterportlandhealth.org).

## 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](http://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](http://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/](http://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>

# Centre de santé scolaire du GPH

## Formulaire d'inscription

**Veuillez le remplir et le renvoyer à l'école**

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Niveau scolaire : \_\_\_\_\_

Nom de l'enfant (nom de famille, prénom et initiale du deuxième prénom) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexe civil (entourer la réponse) : H F

(Identique aux informations de la carte MaineCare, le cas échéant)

mois / jour / année

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Sans-abri ☐

Numéro de téléphone du parent ou tuteur : \_\_\_\_\_ Un message sur la messagerie vocale, cela vous convient-il ? Oui / Non Adresse e-mail du parent ou tuteur : \_\_\_\_\_

Nom de l'assurance \_\_\_\_\_ N° de police \_\_\_\_\_

N° du groupe \_\_\_\_\_ Adresse de la compagnie d'assurance \_\_\_\_\_

Nom du garant ou parent \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Numéro d'identification MaineCare (se terminant par A) \_\_\_\_\_

### Votre enfant est-il assuré ? Oui / Non

Si vous souhaitez discuter des options d'assurance et de paiement, veuillez appeler le (207) 874-2141 et composer le poste 5058 pour être mis en relation avec les conseillers en aide financière.

### Informations sur la santé :

Où votre enfant reçoit-il habituellement ses soins ? \_\_\_\_Northern Light Health \_\_\_\_InterMed

\_\_\_\_MaineHealth \_\_\_\_Martin's Point \_\_\_\_Greater Portland Health Autre : \_\_\_\_\_

Mon enfant a passé un examen médical au cours des deux dernières années. \_\_\_\_OUI \_\_\_\_NON \_\_\_\_Incertain

Mon enfant aura besoin de vaccins cette année. \_\_\_\_OUI \_\_\_\_NON \_\_\_\_Incertain

Votre enfant souffre-t-il d'asthme ? OUI/NON Existe-t-il un plan d'action écrit contre l'asthme à l'école ? OUI/NON

Votre enfant est-il atteint de diabète ? OUI/NON Existe-t-il un plan écrit de prise en charge du diabète à l'école ? OUI/NON

Autres problèmes de santé physique, dentaire ou mentale : \_\_\_\_\_

### Antécédents médicaux personnels et familiaux-

Veuillez cocher ci-dessous les affections présentes dans les antécédents familiaux :

|                                 |                             |
|---------------------------------|-----------------------------|
| ____Allergies                   | ____Diabète                 |
| ____Trouble immunitaire         | ____Asthme                  |
| ____Maladies cardiaques         | ____Maladie mentale         |
| ____Abus d'alcool et de drogues | ____Hypertension artérielle |
| ____Hypercholestérolémie        | ____Tuberculose             |

Origine de l'enfant (cochez une ou plusieurs cases) : \_\_\_\_Blanc \_\_\_\_Noir, Africain, Afro-américain \_\_\_\_Autre habitant des îles du Pacifique \_\_\_\_Asiatique

\_\_\_\_Indiens d'Amérique du Sud, d'Amérique centrale et d'Amérique du Nord, Autochtones d'Alaska \_\_\_\_Autochtone d'Hawaï \_\_\_\_Multiracial

Origine ethnique : \_\_\_\_Hispanique/Latino \_\_\_\_Non hispanique/Latino

Revenu annuel total du foyer : \_\_\_\_\_

Nombre total de membres de la famille vivant dans le foyer : \_\_\_\_\_

Nom du garant (personne responsable du paiement des frais médicaux de l'enfant) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lien de parenté avec l'enfant : \_\_\_\_\_

En signant le présent formulaire, je reconnais et comprends que :

- J'ai bien reçu et lu la lettre d'information de Greater Portland Health (« GPH ») concernant les centres de santé scolaires, qui explique en quoi consistent les centres de santé scolaires de GPH et quels services et avantages ils peuvent offrir à mon enfant.
- Les centres de santé scolaires de GPH constituent une entité distincte des établissements scolaires et des infirmeries scolaires. Ils proposent des bilans de santé de premier recours et toute une gamme de soins médicaux au sein même des établissements scolaires, tout en assurant la coordination avec les autres professionnels de santé susceptibles d'intervenir dans la prise en charge de mon enfant.
- Le présent consentement est valable pendant toute la durée de la scolarité de mon enfant dans les réseaux scolaires suivants : Portland, Westbrook ou South Portland, sauf retrait écrit de ma part.
- Je suis tenu(e) de prendre connaissance et de signer le formulaire d'autorisation relative à l'utilisation et à la communication des informations médicales dans le cadre de l'inscription de mon enfant aux centres de santé scolaires de GPH.

J'ai lu le présent formulaire dans son intégralité et j'accepte d'inscrire mon enfant dès à présent aux centres de santé scolaires de GPH.

✍ **Signature du parent ou tuteur :** \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom et prénom (en capitales) : \_\_\_\_\_ Lien de parenté \_\_\_\_\_

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



## Centres de Santé Scolaire de Greater Portland Health

### Autorisation de Divulgence D'informations

**En signant ci-après, je reconnais et consens à ce qui suit, eu égard à l'inscription de mon enfant au programme du Centre de Santé Scolaire (SBHC, School-Based Health Center) de Greater Portland Health (GPH) et à la divulgation du dossier médical de mon enfant et d'informations pertinentes :**

- J'ai reçu et lu l'Avis relatif aux pratiques en matière d'informations de santé de 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 les Centres de Santé Scolaire de 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 pertinentes, aux fins de traitement ou comme exigé et permis par la loi, comme déterminé par le SBHC de GPH.
- J'autorise le Centre de Santé Scolaire de 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 de GPH, comme il est jugé nécessaire et approprié à des fins de traitement ou comme exigé et permis par la loi, comme déterminé par GPH.
- J'autorise le Centre de Santé Scolaire de 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 Centres de Santé Scolaire de GPH pour faciliter l'administration des soins par celui-ci 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 de GPH à communiquer des informations extraites des dossiers du Centre de Santé Scolaire de GPH, s'il y a lieu, aux compagnies d'assurance ou autres débiteurs.
- Je comprends et accepte comme suit : (i) Cette autorisation est valable 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 de GPH s'est fié au consentement original.

✍ **Signature du parent/tuteur :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

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