

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU VERMONT, CONSEIL DE LA PRATIQUE MÉDICALE
108 Cherry Street – PO Box 70 Burlington, VT 05402-0070
Téléphone : 802-657-4220 / Télécopieur : 802-657-4227
Numéro sans frais dans le Vermont : 800-745-7371
Courriel : AHS.VDHMedicalBoard@vermont.gov

AUTORISATION DE DIVULGATION DES DOSSIERS MÉDICAUX D'UN PATIENT DÉCÉDÉ ACCORDÉE
PAR UNE PERSONNE AYANT L'AUTORITÉ DE PARTICIPER AUX DÉCISIONS RELATIVES AUX SOINS
DE SANTÉ PRODIGUÉS AU PATIENT DE SON VIVANT

À QUI DE DROIT :

PAR LA PRÉSENTE, JE CERTIFIE QUE je suis un membre de la famille, un autre parent ou un(e) ami(e) personnel(le) de _____ qui est maintenant décédé(e) et que j'étais autorisé(e) à prendre des décisions relatives à ses soins de santé ou à tout paiement lié à ses soins de santé, conformément au titre 45 C.F.R. § 164.510(b), comme en témoigne _____ (p. ex., procuration, directive préalable, tutelle) dont une copie figure en pièce jointe. Je certifie également que je me crois autorisé(e) à fournir cette autorisation.

PAR LA PRÉSENTE, JE VOUS AUTORISE à remettre au Ministère de la Santé du Vermont, Conseil de la pratique médicale (ou à son représentant désigné) et au Bureau du procureur général tous les dossiers médicaux et toute information en votre possession ou à votre disposition, sans réserve, relativement à _____ (date de naissance _____, date de décès _____), qu'elle soit verbale ou écrite (y compris les dossiers qui vous ont été remis par d'autres professionnels de la santé ou établissements de santé), concernant tout trouble, toute blessure ou maladie d'ordre physique, psychiatrique, mental ou émotionnel pour lequel ou pour laquelle le patient vous a consulté ou vous avez prodigué des services.

Seulement à l'égard de la présente autorisation de divulgation au Ministère de la Santé du Vermont, Conseil de la pratique médicale et au Bureau du procureur général, et à nulle autre fin, au nom de _____, par la présente, je RENONCE expressément à la confidentialité, aux privilèges et aux immunités accordés à cette information par la loi fédérale ou d'État, y compris tous les documents assujettis à la partie 2 du titre 42 C.F.R. En outre, conformément à ma demande, je vous tiens à couvert pour la divulgation de cette information au Ministère de la Santé du Vermont, Conseil de la pratique médicale, aux fins de l'évaluation de certains aspects des soins de santé prodigués à _____.

LA PRÉSENTE AUTORISATION peut être révoquée à tout moment, sauf si vous avez déjà pris des mesures relatives en s'y basant. Si elle n'a pas été préalablement révoquée, la présente autorisation prendra fin après que le Conseil de la pratique médicale ait pris la dernière mesure liée à cette information (y compris toute décision judiciaire). Si aucune mesure de la sorte n'est prise, elle prendra fin 365 jours suivant la date des présentes.

VOUS ÊTES ÉGALEMENT AUTORISÉ(E) à fournir de l'information, verbalement ou par écrit, directement au Ministère de la Santé du Vermont, Conseil de la pratique médicale, à son représentant désigné ou au Bureau du procureur général, sur une base continue, jusqu'à ce que la présente autorisation expire ou soit révoquée.

**UNE COPIE CONFORME OU UNE PHOTOCOPIE DE LA PRÉSENTE AUTORISATION
POURRAIT ÊTRE UTILISÉE AUX MÊMES FINS.**

Date _____

Nom _____

En majuscules

Signature

Adresse

Ville, État, code postal