



(Insérer votre logo)

DEMANDE DE CONSENTEMENT

Obtention d'informations médicales complémentaires

ÉLÉMENT DE CONTEXTE À PERSONNALISER

Inscrire les éléments nécessaires selon le contexte pour bien informer la personne salariée de la demande (*à titre d'exemple : que le centre de services scolaire agit à titre d'employeur-assureur, et qu'il peut, lorsque cela est nécessaire, demander des informations médicales complémentaires afin de lui permettre d'évaluer le droit aux prestations d'assurance salaire*).

Indiquer clairement l'information que vous souhaitez obtenir.

Choisissez un élément.

- Note de consultation en lien avec la présente invalidité
- Radiographie
- Résultat d'imagerie (IRM, TDM, ÉCHO...)
- Bilan sanguin
- Profil pharmacologique
- Attestation de présence
- Communiqué avec le professionnel de la santé
- Autre

Indiquer le motif de votre demande.

Choisissez un élément.

- Confirmer que la personne répond à la notion d'invalidité
- Obtenir des précisions en lien avec les soins requis
- Obtenir l'information concernant la nature et la durée de l'invalidité
- Faciliter le retour au travail
- Préciser les limitations fonctionnelles
- Transmettre les informations complètes au médecin expert
- Transmettre le rapport d'expertise au médecin traitant

Indiquer à quoi servira l'information.

Préciser que le consentement est donné uniquement pour la présente demande.

Informez la personne que le refus d'accorder son consentement pourrait avoir un impact sur son droit de recevoir des prestations d'assurance salaire.

Informez la personne qu'elle pourra retirer son consentement à tout moment en nous informant par écrit, mais que ce retrait pourrait entraîner des conséquences sur le versement de ses prestations d'assurance salaire.

CONSENTEMENT AU PARTAGE D'INFORMATIONS MÉDICALES

J'autorise le ou la professionnel(le) de la santé suivant(e) :

Professionnel(le) de la santé

Nom de l'établissement

Impliqué(e) dans mon suivi médical, à transmettre à mon employeur, le Centre de services scolaire , les informations suivantes :

Information(s) médicale(s) demandée(s)

Date ou période visée

Choisissez un élément.

Autre, si nécessaire :

Ces informations seront utilisées pour les fins suivantes :

Motif(s) de la demande

Choisissez un élément.

Elles ne pourront être utilisées à d'autres fins.

Les informations devront être transmises à la personne responsable de la gestion de mon absence au Centre de services scolaire .

Ce consentement est donné librement et sans contrainte. Je suis informé que je pourrai le retirer à tout moment en informant mon employeur par écrit.

Signature :

Date :

REFUS DE CONSENTEMENT

Je refuse d'accorder mon consentement à la présente demande.

Je reconnais avoir été informé des conséquences que mon refus pourrait avoir sur le traitement de mon absence.

Signature :

Date :