

住院患者康復急症護理/綜合性持續護理 (CCC) 轉診表
 ACUTE CARE TO INPATIENT REHAB/CCC REFERRAL FORM
 (CANTONESE / TRADITIONAL CHINESE)

第六節：個人健康資訊披露同意書

SECTION 6: CONSENT TO DISCLOSE PERSONAL HEALTH INFORMATION

所有轉診均需填寫 (由社工、出院計劃專員、個案管理員完成) /

To be completed for all referrals (by Social Worker/Discharge Planner/Case Manager):

- 我同意 _____ 可以在進行轉診時披露我的個人健康資訊。
 (披露資訊的機構名稱 / Name of facility disclosing information)

上述組織包括 / Organizations referred to:

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 中心
Baycrest | <input type="checkbox"/> 多福醫院
Markham Stouffville Hospital | <input type="checkbox"/> 多倫多東區綜合醫院
Toronto East General Hospital | <input type="checkbox"/> 西區公園保健中心
West Park Healthcare Centre |
| <input type="checkbox"/> 博康醫院
Bridgepoint | <input type="checkbox"/> 天佑護理
Providence Healthcare | <input type="checkbox"/> 多倫多 Grace 健康中心
Toronto Grace Health Centre | <input type="checkbox"/> 威廉 - 奧斯勒健康中心
William Osler Health Centre |
| <input type="checkbox"/> 祈德醫院
Credit Valley Hospital | <input type="checkbox"/> 兆康醫院
Rouge Valley Health System | <input type="checkbox"/> 多倫多康復中心
Toronto Rehab | <input type="checkbox"/> 約克中心醫院
York Central Hospital |
| <input type="checkbox"/> 荷頓醫療護理服務
Halton Healthcare Services | <input type="checkbox"/> 南湖區健康中心
Southlake Regional Health Centre | <input type="checkbox"/> 延齡草健康中心
Trillium Health Centre | <input type="checkbox"/> 其他 (說明)
Other (specify) |
| <input type="checkbox"/> 萊克瑞吉醫療
Lakeridge Health | <input type="checkbox"/> 聖約翰康復醫院
St. John's Rehab Hospital | | |

僅供獲得性腦損傷 (ABI) 轉診填寫 / For Acquired Brain Injury (ABI) referrals only:

多倫多 ABI 網路可能會使用您的轉診資訊摘要，用於研究患者使用健康服務的趨勢。這可有助於解答關於患者所申請的康復類型和療程等研究問題。我們將從系統中收集您的資訊，然後與其他患者的資訊合併。您的姓名和個人健康資訊將不會在任何公開報道中使用。在使用您的資訊之前，所有研究專案必須經研究倫理委員會批准。如果您不希望自己的個人健康資訊被使用，這一決定不會對您的醫療保健造成任何影響。

- 是 / Yes, 我的健康資訊可以用於系統改進和研究。我的姓名和個人健康資訊將不會在任何公開報道中使用。
 否 / No, 我的健康資訊不可以用於系統改進和研究。

僅供電子轉診填寫 / For e-Referrals only:

您的醫療團隊通過電子轉診系統與您的醫療服務提供商分享您的健康資訊。建立該系統的目的是，只有您的醫療團隊成員可以查閱您的資訊。使用電子轉診系統可以加快轉診的速度。它還可以提示任何滯後資訊，因此有助於提高對患者的醫護質量。您在系統中的資訊可能被研究者使用以及因醫療系統規劃之用途而被使用。我們將從系統中收集您的資訊，然後與其他患者的資訊合併。您的姓名和個人健康資訊將不會在任何公開報道中使用。在使用您的資訊之前，所有研究專案必須經研究倫理委員會批准。如果您不希望自己的個人健康資訊被使用，這一決定不會對您的醫療保健造成任何影響。

- 是 / Yes, 我的健康資訊可以用於系統改進與研究之目的。我的姓名和個人健康資訊將不會在任何公開報道中使用。
 否 / No, 我的健康資訊不可以用於系統改進和研究之用途。

患者姓名正楷 / Print Name of Patient: _____

患者/代理人簽署 / Signature of Patient/Substitute: _____

代理人姓名 (正楷) / Name of Substitute (Print name): _____

與患者關係 (如代理人簽署) / Relationship to patient, if signed by Substitute: _____

- 是，在取得同意時有翻譯人員在場。 / Yes, an interpreter was used when consent was obtained.
 未需要翻譯人員。 / No interpreter was required.

日期 (年/月/日) / Date (YYYY/MM/DD): _____