

IMPEGNATIVA PER IL PASSAGGIO DALLE CURE D'URGENZA ALLA RIABILITAZIONE / CURE CONTINUE E COMPLESSE IN OSPEDALE  
**ACUTE CARE TO INPATIENT REHAB / CCC REFERRAL FORM**  
**(ITALIAN)**

**SEZIONE 6: CONSENSO PER LA DIVULGAZIONE DI INFORMAZIONI SANITARIE PERSONALI /**  
**SECTION 6: CONSENT TO DISCLOSE PERSONAL HEALTH INFORMATION**

Da completare per qualsiasi tipo di impegnativa (dell'Assistente sociale / del Personale addetto alle dimissioni ospedaliere / del Case Manager) /  
**To be completed for all referrals (by Social Worker/Discharge Planner/Case Manager):**

Acconsento a che \_\_\_\_\_ divulghi le mie informazioni sanitarie personali allo scopo di emettere un'impegnativa.  
 (Nome dell'istituzione che divulga le informazioni)  
 (Name of facility disclosing information)

**Istituzioni alle quali si riferisce l'impegnativa / Organizations referred to:**

<input type="checkbox"/> Baycrest Baycrest	<input type="checkbox"/> Ospedale Markham Stouffville Markham Stouffville Hospital	<input type="checkbox"/> Ospedale Toronto East Toronto East General Hospital	<input type="checkbox"/> Centro Sanitario William Osler William Osler Health Centre
<input type="checkbox"/> Cure Sanitarie Bridgepoint Bridgepoint Health	<input type="checkbox"/> Cure Sanitarie Provvidenza Providence Healthcare	<input type="checkbox"/> Centro di Cure Toronto Grace Toronto Grace Health Centre	<input type="checkbox"/> Ospedale Centrale York York Central Hospital
<input type="checkbox"/> Ospedale Credit Valley Credit Valley Hospital	<input type="checkbox"/> Sistema di Cure Rouge Valley Rouge Valley Health System	<input type="checkbox"/> Riabilitazione Toronto Toronto Rehab	<input type="checkbox"/> Altri (si prega di specificare) Other (specify)
<input type="checkbox"/> Cure Sanitarie Halton Halton Healthcare Services	<input type="checkbox"/> Centro Sanitario Regionale Southlake Southlake Regional Health Centre	<input type="checkbox"/> Centro Sanitario Trillium Trillium Health Centre	_____
<input type="checkbox"/> Cure Sanitarie Lakeridge Lakeridge Health	<input type="checkbox"/> Ospedale di Riabilitazione St. John's St. John's Rehab Hospital	<input type="checkbox"/> Centro Sanitario West Park West Park Healthcare Centre	

**Per impegnative riguardanti unicamente le lesioni cerebrali acquisite / For Acquired Brain Injury (ABI) referrals only:**

Il Toronto ABI Network (ABI: Acquired Brain Injury – Lesioni Cerebrali Acquisite) può utilizzare i dati delle informazioni contenute nella vostra impegnativa per tracciare andamenti che mostrano come i pazienti si servono dei servizi sanitari. Questo agevola la risposta alle questioni riguardanti la ricerca del tipo di riabilitazione al quale il paziente si rivolge e il corso delle cure. È possibile che vostre informazioni siano raccolte dal sistema e raggruppate con informazioni di altri pazienti. Il vostro nome e le vostre informazioni sanitarie personali non saranno utilizzate in nessun rapporto messo alla disposizione del pubblico. Un Consiglio di deontologia sulla ricerca deve approvare tutti i progetti di ricerca prima che le vostre informazioni siano utilizzate. Il fatto di non volere che le vostre informazioni sanitarie personali siano utilizzate, non avrà nessun tipo di conseguenza sulle vostre cure mediche.

- Si / Yes**, le mie informazioni sanitarie possono essere utilizzate per il miglioramento del sistema e per fini di ricerca. Il mio nome e le mie informazioni sanitarie personali non saranno utilizzate in nessun documento messo alla disposizione del pubblico.
- No / No**, le mie informazioni sanitarie non possono essere utilizzate per il miglioramento del sistema e per fini di ricerca.

**Unicamente per impegnative / For e-Referrals only:**

Il team che si occupa delle vostre cure, utilizza un sistema di impegnative elettronico per condividere le vostre informazioni sanitarie con il personale che si occupa della vostra assistenza medica. Il sistema è impostato in modo da consentire l'accesso alle vostre informazioni unicamente al vostro team di cure. L'utilizzazione di un sistema di impegnative elettronico le rende più rapide. Agevola anche la qualità delle cure ai pazienti dato che fornisce informazioni sui ritardi di qualsiasi natura. Le vostre informazioni che sono contenute nel sistema possono essere utilizzate da ricercatori e allo scopo di pianificare il sistema sanitario. È possibile che le vostre informazioni siano raccolte dal sistema e raggruppate con informazioni di altri pazienti. Il vostro nome e le vostre informazioni sanitarie personali non saranno utilizzate in nessun rapporto messo alla disposizione del pubblico. Un Consiglio di deontologia sulla ricerca deve approvare tutti i progetti di ricerca prima che le vostre informazioni siano utilizzate. Il fatto di non volere che le vostre informazioni sanitarie personali siano utilizzate, non avrà nessun tipo di conseguenza sulle vostre cure mediche.

- Si / Yes**, le mie informazioni sanitarie possono essere utilizzate per il miglioramento del sistema e per fini di ricerca. Il mio nome e informazioni sanitarie personali non saranno utilizzate in nessun rapporto messo alla disposizione del pubblico.
- No / No**, le mie informazioni sanitarie non possono essere utilizzate per il miglioramento del sistema e per fini di ricerca.

Nome del paziente, scrivere in stampatello / Print Name of Patient: \_\_\_\_\_

Firma del paziente / sostituto / Signature of Patient/Substitute: \_\_\_\_\_

Nome del sostituto: (Scrivere il nome in stampatello) / Name of Substitute (Print name): \_\_\_\_\_

Relazione con il paziente, se firmato dal sostituto / Relationship to patient, if signed by Substitute: \_\_\_\_\_

- Sì, un interprete era presente quando è stato dato il consenso. / Yes, an interpreter was used when consent was obtained.
- Non era necessaria la presenza di un interprete. / No interpreter was required.

Data (AAAA/MM/GG) / Date (YYYY/MM/DD): \_\_\_\_\_