

FORMULÁRIO DE REFERÊNCIAS RELATIVAS A CUIDADOS AGUDOS DE REABIL./CCC A PACIENTES HOSPITALIZADOS
ACUTE CARE TO INPATIENT REHAB/CCC REFERRAL FORM
(PORTUGUESE)

SECÇÃO 6: AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DE DADOS DE SAÚDE PESSOAIS /
SECTION 6: CONSENT TO DISCLOSE PERSONAL HEALTH INFORMATION

A preencher por todas as recomendações (pelo assistente social/responsável pela alta hospitalar/gestor de processos) /
To be completed for all referrals (by Social Worker/Discharge Planner/Case Manager):

Autorizo a _____ a divulgar os meus dados de saúde pessoais, a fim de me ser recomendado um especialista.
 (Nome da instituição que divulga a informação)
 (Name of facility disclosing information)

Organizações recomendadas / Organizations referred to:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Baycrest
Baycrest | <input type="checkbox"/> Hospital Markham Stouffville
Markham Stouffville Hospital | <input type="checkbox"/> Hospital Geral de Toronto Leste
Toronto East General Hospital | <input type="checkbox"/> Centro de Saúde William Osler
William Osler Health Centre |
| <input type="checkbox"/> Bridgepoint Health
Bridgepoint Health | <input type="checkbox"/> Cuidados de Saúde Providence
Providence Healthcare | <input type="checkbox"/> Centro de Saúde Toronto Grace
Toronto Grace Health Centre | <input type="checkbox"/> Hospital Central de York
York Central Hospital |
| <input type="checkbox"/> Hospital Credit Valley
Credit Valley Hospital | <input type="checkbox"/> Sistema de Saúde Rouge Valley
Rouge Valley Health System | <input type="checkbox"/> Centro de reabilitação de Toronto
Toronto Rehab | <input type="checkbox"/> Outra (especificar)
Other (specify) _____ |
| <input type="checkbox"/> Serviços de cuidados de
saúde Halton
Halton Healthcare Services | <input type="checkbox"/> Centro de cuidados de Saúde regional
Southlake
Southlake Regional Health Centre | <input type="checkbox"/> Centro de Saúde Trillium
Trillium Health Centre | |
| <input type="checkbox"/> Lakeridge Health
Lakeridge Health | <input type="checkbox"/> Hospital de reabilitação St. John
St. John's Rehab Hospital | <input type="checkbox"/> Centro de cuidados de saúde West Park
West Park Healthcare Centre | |

Apenas recomendações relacionadas com Lesão Encefálica Adquirida (LEA) / For Acquired Brain Injury (ABI) referrals only:

A Toronto ABI Network pode utilizar resumos das suas informações de recomendação, de modo a encontrar tendências que indiquem a forma como os pacientes utilizam os serviços de saúde. Isto pode ajudar a responder a perguntas de investigação sobre o tipo de reabilitação a que se candidatam os pacientes e o desenrolar do tratamento. Os seus dados serão recolhidos do sistema e, em seguida, combinados com as informações de outros pacientes. O seu nome e dados de saúde pessoais não serão utilizados em qualquer relatório público. Uma comissão de Investigação Ética deverá aprovar os projectos de investigação antes de poder utilizar os seus dados. Se não pretender que os seus dados de saúde pessoais sejam utilizados, esta decisão não afectará de forma alguma a sua assistência médica.

- Sim / Yes**, os meus dados de saúde pessoais podem ser utilizados para efeitos de investigação e melhoria do sistema. O meu nome e dados de saúde pessoais não serão utilizados em relatórios públicos.
- Não / No**, os meus dados de saúde pessoais não podem ser utilizados para efeitos de investigação e melhoria do sistema.

Apenas para recomendações electrónicas / For e-Referrals only:

A sua equipa médica utiliza um sistema electrónico de recomendações para partilhar os seus dados de saúde com os prestadores de cuidados médicos. O sistema foi criado de modo a que apenas a sua equipa médica possa consultar os seus dados. A utilização de um sistema electrónico acelera as recomendações. Ajuda igualmente a melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes, uma vez que fornece informações acerca de quaisquer atrasos. Os seus dados no sistema podem ser utilizados por investigadores e para fins de planeamento do sistema de saúde. Os seus dados serão recolhidos do sistema e, em seguida, combinados com as informações de outros pacientes. O seu nome e dados de saúde pessoais não serão utilizados em qualquer relatório público. Uma comissão de Investigação Ética deverá aprovar os projectos de investigação antes de poder utilizar os seus dados. Se não pretender que os seus dados de saúde pessoais sejam utilizados, esta decisão não afectará de forma alguma a sua assistência médica.

- Sim / Yes**, os meus dados de saúde pessoais podem ser utilizados para efeitos de investigação e melhoria do sistema. O seu nome e dados de saúde pessoais não serão utilizados em qualquer relatório público.
- Não / No**, os meus dados de saúde pessoais não podem ser utilizados para efeitos de investigação e melhoria do sistema.

Nome do paciente em maiúsculas / **Print Name of Patient:** _____

Assinatura do Paciente/Substituto / **Signature of Patient/Substitute:** _____

Nome do Substituto: (Em maiúsculas) / **Name of Substitute (Print name):** _____

Relação para com o paciente, se for assinado por um Substituto / **Relationship to patient, if signed by Substitute:** _____

- Sim, foi utilizado um intérprete na obtenção do consentimento. / **Yes, an interpreter was used when consent was obtained.**
- Não foi necessário recorrer a um intérprete. / **No interpreter was required.**

Data (AAAA/MM/DD) / **Date (YYYY/MM/DD):** _____