

**БЛАНК –НАПРАВЛЕННЯ ССС- РЕАБІЛІТАЦІЯ ТЯЖКОХВОРИХ В СТАЦІОНАРІ
ACUTE CARE TO INPATIENT REHAB/CCC REFERRAL FORM
(UKRAINIAN)**

**Розділ 6 : ЗГОДА НА РОЗКРИТТЯ ОСОБИСТОЇ ІНФОРМАЦІЇ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я
SECTION 6: CONSENT TO DISCLOSE PERSONAL HEALTH INFORMATION**

**Заповнювати для всіх направлень (Соціального працівника/планувальника з виписування/Спеціаліста по справах хворого) /
To be completed for all referrals (by Social Worker/Discharge Planner/Case Manager):**

Я погоджуюся, що _____ має право передавати мою особисту інформацію про стан здоров'я в направленні .
(Найменування організації, котра розкриває особисту інформацію про стан здоров'я)
(Name of facility disclosing information)

Організації куди посилають / Organizations referred to:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Бейкрест
Baucrest | <input type="checkbox"/> Лікарня «Маркам-Стоуфвіл»
Markham Stouffville Hospital | <input type="checkbox"/> Лікарня «Торонто Іст Дженерал»
Toronto East General Hospital | <input type="checkbox"/> Уільям Ослер Хелт Центр
William Osler Health Centre |
| <input type="checkbox"/> Бриджпойнт Хелт
Bridgpoint Health | <input type="checkbox"/> Провіденс Хелт Кер
Providence Healthcare | <input type="checkbox"/> Торонто Грейс Хелт Центр
Toronto Grace Health Centre | <input type="checkbox"/> Лікарня «Йорк Централ»
York Central Hospital |
| <input type="checkbox"/> Лікарня «Кредит Веллі»
Credit Valley Hospital | <input type="checkbox"/> Руж Веллі Хелт Систем
Rouge Valley Health System | <input type="checkbox"/> Торонто Піхеб
Toronto Rehab | <input type="checkbox"/> Інші (визначте)
Other (specify) |
| <input type="checkbox"/> Холтон Хелт Кер Сервісиз
Halton Healthcare Services | <input type="checkbox"/> Саутлейк Рідженел Хелт Центр
Southlake Regional Health | <input type="checkbox"/> Триліум Хелт Центр
Trillium Health Centre | _____ |
| <input type="checkbox"/> Лейкриджд Хелт
Lakeridge Health | <input type="checkbox"/> «Сейнт Джоунс»- реабілітаційна
лікарня
St John's Rehab Hospital | <input type="checkbox"/> Вест Парк Хелткер Центр
West Park Healthcare Centre | |

Тільки для направлень пацієнтів з набутою черепно-мозковою травмою (НЧМТ)/For Acquired Brain Injury (ABI) referrals only:

Торонто 'ABI Network' може скористатися виписками з ваших направлень для того, щоб знайти напрямки, які показують як пацієнти користуються системою охорони здоров'я. Це може допомогти дати відповідь на дослідницькі питання про типи реабілітації, за котрою звертаються пацієнти, а також про курс їхнього лікування. Ваші дані, узяті із системи, будуть пізніше об'єднані з інформаційними даними інших пацієнтів. Ваше ім'я та прізвище, а також особиста інформація про стан вашого здоров'я не будуть ніде опубліковані.

Усі дослідницькі проекти повинні ухвалюватися «Колегією з питань дослідницької етики» до того, як вашими даними можна буде скористатися. Якщо ви не бажаєте, щоб особиста інформація про стан вашого здоров'я використовувалась, то таке рішення ніяким чином не вплине на ваше лікування.

- Так / Yes**, інформація про мій стан здоров'я може використовуватися в цілях покращання ситеми та для дослідницької роботи.
Моє ім'я та прізвище, а також особиста інформація про мій стан здоров'я не будуть ніде опубліковані.
- Ні / No**, інформація про мій стан здоров'я не може використовуватися для покращання ситеми та для дослідницької роботи.

Тільки для електронних направлень / For e-Referrals only:

Ваш медичний персонал користується електронною системою передачі направлень для того, щоб поділитися інформацією про ваш стан здоров'я з медичними працівниками, котрі приймають участь у вашому лікуванні. Система встановлена таким чином, що тільки ваш медичний персонал може ознайомитися з вашими інформаційними даними. Використання електронної системи для направлень прискорює цей процес. Електронна система також допомагає покращити якість медичної допомоги хворим тому, що надає інформацію про будь-які затримки.

Інформація про вас із цієї системи може використовуватися в дослідницьких цілях, а також у цілях планування системи охорони здоров'я. Ваші дані будуть узяті із системи, а потім об'єднані з інформаційними даними інших пацієнтів. Ваше ім'я та прізвище, а також особиста інформація про стан вашого здоров'я не будуть ніде опубліковані. «Колегія з питань дослідницької етики» повинна ухвалити усі дослідницькі проекти до того, як вашими даними можна буде скористатися. Якщо ви не бажаєте, щоб особисту інформацію про стан вашого здоров'я використовували, то таке рішення ніяким чином не вплине на ваше лікування.

- Так / Yes**, інформація про мій стан здоров'я може використовуватися в цілях покращання ситеми та для дослідницької роботи.
Моє ім'я та прізвище, а також особиста інформація про мій стан здоров'я не будуть ніде опубліковані.
- Ні / No**, інформація про мій стан здоров'я не може використовуватися для покращання системи та для дослідницької роботи.

Ім'я та прізвище пацієнта (друкованими літерами) / Print Name of Patient: _____

Підпис пацієнта/ Того, хто його заміняє / Signature of Patient/Substitute: _____

Ім'я та прізвище того, хто заміняє (Друкованими літерами) / Name of Substitute (Print name): _____

Стосунки з пацієнтом, якщо підписується той, хто заміняє / Relationship to patient, if signed by Substitute: _____

- Так, під час отримання згоди користувалися послугами перекладача. / Yes, an interpreter was used when consent was obtained.
- Ні, перекладача не потребували. / No interpreter was required.

Дата (рік/місяць/день) / Date (YYYY/MM/DD): _____