

**CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR LES SOINS DE SANTÉ NÉCESSAIRES OU D'URGENCE**

DCF-460

11/19 (Rév.)

**SECTION I : À REMPLIR PAR LE TRAVAILLEUR SOCIAL**

NOM de l'enfant :		PRÉNOM de l'enfant :		Date de naissance de l'enfant :	N° DE LIEN :	Sexe de l'enfant : Veuillez sélectionner	
Nom de l'assureur :			Numéro de groupe :	Numéro de police d'assurance :	Statut juridique de l'enfant :		
NOM de la famille d'accueil :		PRÉNOM de la famille d'accueil :		Adresse électronique de la famille d'accueil :		Numéro de téléphone de la famille d'accueil :	
Adresse (n° et rue) de la famille d'accueil :				Ville :	État :	Code postal :	
NOM du travailleur social :		PRÉNOM du travailleur social :		Adresse électronique du travailleur social :		Numéro de téléphone du travailleur social :	
NOM du superviseur en travail social :		PRÉNOM du superviseur en travail social :		Adresse électronique du superviseur en travail social :		Numéro de téléphone du superviseur en travail social :	
NOM de l'infirmière du groupe de ressources régional :		PRÉNOM de l'infirmière du groupe de ressources régional :		Adresse électronique de l'infirmière du groupe de ressources régional :		Numéro de téléphone de l'infirmière du groupe de ressources régional :	
Date de la vérification du groupe de ressources régional :	Initiales de l'infirmière du groupe de ressources régional :	Bureau DCF :					

**SECTION II : DEMANDE DE TRAITEMENT SPÉCIALISÉ (À REMPLIR PAR UN PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ QUALIFIÉ)**

Nom du professionnel de santé qualifié / Clinique spécialisée / Prestataire :				Numéro de téléphone :			
Adresse (n° et rue) :			Ville :	État :	Code postal :		
Diagnostic / Motif / Traitement :							
Nature de l'acte médical ou du traitement :				Type d'anesthésie (le cas échéant) :			
Description de l'acte médical ou du traitement, y compris des risques/avantages :							
Description des solutions de substitution (le cas échéant) :							
Soins préopératoires (le cas échéant) :				Date du bilan préopératoire :			
Besoins postopératoires (le cas échéant) :				Date du rendez-vous de suivi :			
Commentaires :							
Nom du prestataire de soins de santé :			Signature du prestataire :			Date :	

**SECTION III : LE OU LA SOUSSIGNÉE, DISPOSANT LE POUVOIR DE CONSENTIR AU NOM DU OU DE LA MINEURE NOMMÉE CI DESSUS, ET AYANT PRIS CONNAISSANCE DE L'EXPLICATION DONNÉE PAR LE PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ QUALIFIÉ, CONSENT PAR LA PRÉSENTE À CET ACTE MÉDICAL OU À CE TRAITEMENT.**

Nom du parent (si l'enfant ou le jeune est visé par une ordonnance de garde temporaire) :		Signature du parent :		Date :	
Nom du superviseur de programme DCF (ou son supérieur) :		Signature du superviseur de programme DCF (ou son supérieur) :		Date :	

**LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ EXPIRE 30 JOURS APRÈS LA SIGNATURE OU LA DATE DU BILAN MÉDICAL PRÉOPÉRATOIRE, SELON LA PREMIÈRE ÉVENTUALITÉ.**

