



NWT FACILITY-BASED ADDICTIONS TREATMENT – SUPPLEMENTARY CONSENT FOR RELEASE/EXCHANGE OF CONFIDENTIAL INFORMATION

TRAITEMENT DES DÉPENDANCES EN ÉTABLISSEMENT AUX TNO – AUTORISATION DE DIVULGATION ET D’ÉCHANGE DE RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS

Service-user Consent to Treatment

Consentement de l'utilisateur des services à suivre un traitement

This information is protected by the privacy provisions of the Health Information Act (HIA). This information may be used to confirm your eligibility for health services, including the status of your health card number. If you have any questions about the collection or use of the information, please contact the Manager of Strategic Programs, Mental Wellness and Addictions Recovery Division at the Department of Health and Social Services. 867-767-9061 * Health and Social Services * Government of the Northwest Territories * P.O. Box 1320, Yellowknife NT X1A 2L9

I have met with my case manager for the purposes of seeking treatment in a residential treatment facility for alcohol and/or substance abuse.

I agree that I do not have any court dates or appointments that require in-person attendance during the time I will be in treatment.

I agree that I am ready and committed to complete a residential treatment program.

The information provided in this application is true and complete to the best of my knowledge.

I understand that no other information will be released to any persons without my written consent, with the following exceptions:

1. In cases of suspected child abuse or neglect, and in the cases of current or past sexual abuse in which the offender may have present access to minor aged children.
2. When a service-user states that s/he intends to inflict bodily harm on another person.
3. When a service-user states that s/he intends to inflict bodily harm on him or herself.
4. Upon subpoena to testify in court at the direction of a judge or court order.

By signing this form I attest that I have read and understand this form and authorize my case manager and/or their clinical supervisor or manager and the NWT DHSS Facility-based Addictions Treatment Committee to release or request the above information, treatment process information and any follow up information to the applied for treatment facility, detox facility (if applicable) and medical travel by email or other means.

I understand that I can withdraw this consent to exchange information at any time, and that in any event this consent will become void one year from which it was signed. In order for this release to be valid, this form must be completed and signed by the service-user and the referral source or case manager.

Ces renseignements sont protégés par les dispositions sur la protection de la vie privée de la *Loi sur les renseignements sur la santé*. Ils pourraient être utilisés pour confirmer votre admissibilité aux services de santé et pour vérifier le statut de votre dossier. Si vous avez des questions sur la collecte ou l'utilisation des renseignements, veuillez communiquer avec le gestionnaire des programmes stratégiques de la Division du mieux-être psychologique et du rétablissement des dépendances du ministère de la Santé et des Services sociaux * 867-767-9061 * Santé et Services sociaux * Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest * C. P. 1320, Yellowknife NT X1A 2L9

J'ai rencontré mon gestionnaire de cas pour demander un traitement dans un établissement de traitement résidentiel de la dépendance à l'alcool ou à d'autres drogues.

J'atteste que je n'ai pas de date de comparution au tribunal ou de rendez-vous qui exigent ma présence en personne pendant la période de traitement prévue.

J'atteste que je suis prêt(e) et déterminé(e) à suivre un programme de traitement résidentiel.

Les renseignements fournis dans cette demande sont, à ma connaissance, véridiques et complets.

Je comprends qu'aucun autre renseignement ne sera divulgué à quiconque sans mon consentement écrit, sauf dans les cas suivants :

1. En cas de violence ou de négligence présumée envers des enfants, et dans les cas présents ou passés de violence sexuelle, si le délinquant risque d'être en contact avec des mineurs.
2. Lorsqu'un utilisateur des services déclare son intention d'infliger des blessures à autrui.
3. Lorsqu'un utilisateur des services déclare son intention de s'infliger des blessures.
4. En cas d'assignation à témoigner devant le tribunal à la demande d'un juge ou sur ordonnance d'un tribunal.

En signant ce formulaire, j'atteste l'avoir lu et compris, et j'autorise mon gestionnaire de cas, son superviseur ou son gestionnaire clinique et le comité responsable du traitement des dépendances en centre du ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO à communiquer ou à demander les renseignements susmentionnés, les renseignements sur le processus de traitement et tout renseignement de suivi à l'établissement de traitement, à l'établissement de sevrage (s'il y a lieu) et à l'établissement de soins médicaux, par courriel ou par d'autres moyens.

Je comprends que je peux retirer mon consentement au partage de renseignements à tout moment et qu'en tout état de cause, ce consentement deviendra caduc un an après sa signature. Afin que la divulgation soit valide, le présent formulaire doit être rempli et signé par l'utilisateur des services et par la personne à l'origine de l'aiguillage ou par le gestionnaire de cas.

Agency or Person Organisme ou personne	Date	Area of Disclosure Domaine de divulgation	Service-user Initials Initiales de l'utilisateur des services

I understand that I can withdraw this consent to exchange information at any time.

Je comprends que je peux retirer mon consentement à l'échange de renseignements à tout moment.

In order for this release to be valid, this form must be completed and signed by the service-user and the referral source or case manager.

Afin d'être valable, ce formulaire doit être rempli et signé par l'utilisateur des services et la personne à l'origine de la recommandation ou le gestionnaire de cas.

X

Service-user Signature

Date

Signature de l'utilisateur des services

X

Case Manager (Signature)

Date

Gestionnaire de cas (signature)