

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR L'ÉCHANGE D'INFORMATIONS MÉDICALES,
CARE EVERYWHERE ET HEALTHIX
HEALTH INFORMATION EXCHANGE, CARE EVERYWHERE
AND HEALTHIX CONSENT FORM**

Sur le présent Formulaire de consentement, vous pouvez choisir d'autoriser les prestataires de soins mentionnés sur le site Web de NYU Langone Health System dédié à l'Échange d'informations médicales (« EIM ») <http://health-connect.med.nyu.edu/> (les « Participants à l'EIM ») et les prestataires de soins non rattachés à NYU Langone, qui peuvent demander à consulter vos dossiers médicaux pour les besoins de votre traitement actuel (les « Prestataires du réseau Care Everywhere »), à accéder à vos dossiers médicaux via un réseau informatique géré par l'EIM. Pour permettre à un Prestataire du réseau Care Everywhere de connaître les informations disponibles via l'EIM, vous devez lui indiquer que vous êtes ou étiez le patient d'un Participant à l'EIM et que les informations en question peuvent être mises à sa disposition sur simple demande. Cela peut faciliter l'obtention des dossiers médicaux vous concernant auprès des différents établissements où vous recevez des soins, et permettre aux prestataires qui vous soignent d'y accéder.

In this Consent Form, you can choose whether to allow the health care providers listed on the NYU Langone Health System Health Information Exchange ("HIE") website <http://health-connect.med.nyu.edu/> ("HIE Participants") and non-NYU Langone health providers who may request access to your medical records for purposes of current treatment ("Care Everywhere Providers") to obtain access to your medical records through a computer network operated by the HIE. In order for a Care Everywhere Provider to know that information may be available through the HIE, you must tell them that you were/are a patient of an HIE Participant and that such information may be available upon request. This can help collect the medical records you have in different places where you get health care, and make them available to the providers treating you.

Vous pouvez également utiliser le présent Formulaire de consentement pour préciser si vous autorisez les employés, mandataires ou membres du personnel médical de NYU Langone Health System et de ses entités affiliées à consulter vos dossiers médicaux électroniques via Healthix, qui est un système d'Échange d'informations médicales, ou via un Organisme régional d'informations médicales (Regional Health Information Organization), à savoir un organisme à but non lucratif reconnu par l'État de New York. Cela peut également faciliter l'obtention des dossiers médicaux vous concernant auprès des différents établissements où vous recevez des soins, et permettre aux prestataires qui vous soignent d'y accéder par voie électronique. Votre consentement autorise également tout programme de NYU Langone Health System et de ses entités affiliées auquel vous êtes inscrit(e) en tant que patient(e) ou membre à accéder à vos dossiers auprès de vos autres prestataires de soins autorisés à divulguer des informations via Healthix. La liste complète des Sources d'informations Healthix actuelles est disponible auprès de Healthix et peut être obtenue à tout moment sur le site Web Healthix (à l'adresse <http://www.healthix.org>) ou en appelant le 877 695 4749. Votre prestataire imprimera cette liste pour vous à partir de ce site Web si vous en faites la demande.

You may also use this Consent Form to decide whether or not to allow employees, agents or members of the medical staffs of NYU Langone Health System and affiliated entities to see and obtain access to your electronic health records through Healthix, which is a Health Information Exchange, or Regional Health Information Organization, a not-for-profit organization recognized by the state of New York. This can also help collect the medical records you have in different places where you get healthcare, and make them available electronically to the providers treating you. This consent also gives your permission for any NYU Langone Health System and affiliated entities program in which you are a patient or member, to access your records from your other healthcare providers authorized to disclose information through Healthix. A complete list of current Healthix Information Sources is available from Healthix and can be obtained at any time by checking the Healthix website at <http://www.healthix.org> or by calling 877-695-4749. Upon request, your provider will print this list for you from this website.

VOTRE CHOIX N'AURA AUCUNE INCIDENCE SUR VOTRE CAPACITE A BENEFICIER DE SOINS MEDICAUX OU D'UNE ASSURANCE MALADIE. AUCUN REFUS DE SERVICES DE SANTE NE PEUT SE FONDER SUR LE FAIT QUE VOUS CHOISSIEZ DE DONNER OU REFUSER VOTRE CONSENTEMENT.

YOUR CHOICE WILL NOT AFFECT YOUR ABILITY TO GET MEDICAL CARE OR HEALTH INSURANCE COVERAGE. YOUR CHOICE TO GIVE OR TO DENY CONSENT MAY NOT BE THE BASIS FOR DENIAL OF HEALTH SERVICES.

L'EIM et Healthix partagent, par voie électronique et de manière sécurisée, des informations concernant la santé des personnes afin d'améliorer la qualité des services de soins. Ce type de partage porte le nom de télésanté ou de technologie des informations médicales. Pour en savoir plus sur la télésanté dans l'État de New York, veuillez consulter la brochure intitulée Better Information Means Better Care (Être mieux informé(e) signifie être mieux soigné(e)). Vous pouvez la demander à votre prestataire de soins, ou vous rendre sur le site www.ehealth4ny.org. The HIE and Healthix share information about people's health electronically and securely to improve the quality of health care services. This kind of sharing is called ehealth or health information technology. To learn more about ehealth in New York State, read the brochure, "Better Information Means Better Care". You can ask your health care provider for it, or go to the website www.ehealth4ny.org.

VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT LES RENSEIGNEMENTS FIGURANT SUR LA FICHE D'INFORMATIONS AVANT DE PRENDRE VOTRE DECISION.

PLEASE CAREFULLY READ THE INFORMATION ON THE FACT SHEET BEFORE MAKING YOUR DECISION.

Vos choix en matière de consentement. Vous pouvez remplir ce formulaire dès à présent ou plus tard. Vous disposez des choix suivants :

Your Consent Choices. You can fill out this form now or in the future. You have the following choices:

Veillez cocher l'une des cases figurant ci-dessous :

Please check one box below:

1. **JE DONNE MON CONSENTEMENT** et autorise TOUS les Participants à l'EIM **mentionnés sur le site Web de l'EIM** et les Prestataires du réseau Care Everywhere à accéder à TOUTES mes informations médicales électroniques via l'EIM et **JE DONNE MON CONSENTEMENT** et autorise TOUS les employés, mandataires et membres du personnel médical de NYU Langone Health System et de ses entités affiliées à accéder à TOUTES mes informations médicales électroniques via HEALTHIX en lien avec l'une des finalités autorisées décrites sur la Fiche d'informations, y compris pour me fournir des services de santé, notamment en cas d'urgence.

1. **I GIVE CONSENT** to ALL of the HIE Participants **listed on the HIE website** and Care Everywhere Providers to access ALL of my electronic health information through the HIE and **I GIVE CONSENT** to ALL employees, agents and members of the medical staffs of NYU Langone Health System and affiliated entities to access ALL of my electronic health information through HEALTHIX in connection with any of the permitted purposes described in the fact sheet, including providing me any health care services, including emergency care.

2. **JE REFUSE** que les Participants à l'EIM **mentionnés sur le site Web de l'EIM** et les Prestataires du réseau Care Everywhere accèdent à mes informations médicales électroniques via l'EIM et **JE REFUSE** que les employés, mandataires et membres du personnel médical de NYU Langone Health System et de ses entités affiliées accèdent à mes informations médicales électroniques via HEALTHIX pour quelque finalité que ce soit, y compris en cas d'urgence.

2. **I DENY CONSENT** to the HIE Participants **listed on the HIE website** and Care Everywhere Providers to access my electronic health information through the HIE and **I DENY CONSENT** to employees, agents and members of the medical staffs of NYU Langone Health System and affiliated entities to access my electronic health information through HEALTHIX for any purpose, *even in a medical emergency*.

REMARQUE : SI VOUS NE COCHEZ PAS LA CASE « JE REFUSE », la législation de l'État de New York autorise les personnes qui vous soignent dans le cadre d'une urgence à accéder à vos dossiers médicaux, y compris les dossiers disponibles via l'EIM et HEALTHIX. SI VOUS NE CHOISISSEZ AUCUNE OPTION, les dossiers ne seront pas partagés, sauf en cas d'urgence comme l'autorise la législation de l'État de New York.

NOTE: UNLESS YOU CHECK THE "I DENY CONSENT" BOX, New York State law allows the people treating you in an emergency to get access to your medical records, including records that are available through the HIE and HEALTHIX. IF YOU DON'T MAKE A CHOICE, the records will not be shared except in an emergency as allowed by New York State Law.

Nom en lettres majuscules du patient
Print Name of Patient

Signature du patient ou du représentant légal du patient
Signature of Patient or Patient's Legal Representative

Date de naissance du patient
Patient's Date of Birth

Date
Date

Nom en lettres majuscules du représentant légal et relation
(le cas échéant)
Print Name of Legal Representative and Relationship (if applicable)

EIM de NYU Langone, Care Everywhere et Healthix

Fiche d'informations

Détails concernant les informations des patients échangées via l'EIM, Care Everywhere et Healthix et le processus de consentement :

1. **Utilisation de vos informations.** Vos informations médicales électroniques seront uniquement utilisées par les Participants à l'EIM et les Prestataires du réseau Care Everywhere afin de :
- vous fournir des soins médicaux et des services connexes ;
 - vérifier si vous disposez d'une assurance maladie et identifier les soins couverts par cette dernière ;
 - évaluer et améliorer la qualité des soins médicaux fournis à tous les patients.

Sauf si la législation étatique et fédérale en dispose autrement et si cela est autorisé par Healthix, vos informations médicales électroniques seront uniquement divulguées, consultées et utilisées par les régimes d'assurance maladie de NYU Langone Health afin de :

- fournir des activités de gestion de soins. Ces activités prévoient de vous aider à recevoir les soins médicaux appropriés, améliorer la qualité des services de soins dont vous bénéficiez, coordonner la prestation de plusieurs services de soins à votre égard, ou vous aider à suivre un programme de soins médicaux ;
- fournir des activités d'amélioration de la qualité. Ces activités prévoient d'évaluer et d'améliorer la qualité des soins médicaux que l'on vous fournit et qui sont fournis à tous les patients et membres de NYU Langone Health.

REMARQUE : le choix que vous faites sur ce Formulaire de consentement n'autorise PAS les assureurs de soins médicaux à accéder à vos informations dans le but de décider ou non de vous couvrir ou de régler vos factures. Vous pouvez exprimer ce choix sur un Formulaire de consentement distinct que les assureurs de soins médicaux doivent utiliser.

2. **Quels types de renseignements vous concernant sont inclus ?** Si vous donnez votre consentement, les Participants à l'EIM et les Prestataires du réseau Care Everywhere peuvent accéder à TOUTES vos informations médicales électroniques via l'EIM et tous les employés, mandataires et membres du personnel médical de NYU Langone Health System et de ses sociétés affiliées peuvent accéder à TOUTES vos informations médicales électroniques disponibles via Healthix. Cela s'applique aux informations créées avant et après la date de ce Formulaire de consentement. Vos dossiers médicaux peuvent inclure les antécédents de maladies ou blessures que vous avez eues (comme le diabète ou une fracture), les résultats d'examens (comme des radios ou des examens sanguins) et la liste des médicaments que vous avez pris. Ces informations peuvent être liées à des états de santé jugés sensibles, notamment :

<ul style="list-style-type: none">• Problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie, y compris le diagnostic, le traitement médicamenteux, les informations liées au diagnostic, les antécédents et les résumés, les notes cliniques et le résumé de sortie de clinique• Contraception et avortement (planning familial)	<ul style="list-style-type: none">• Traitement psychiatrique• Allergies• Maladies génétiques (héréditaires) ou examens• Maladies sexuellement transmissibles• VIH / Sida
--	--

- 3. D'où proviennent les informations médicales vous concernant ?** Les informations vous concernant proviennent des établissements qui vous ont administré des soins médicaux ou de votre caisse d'assurance maladie (les « Sources d'informations »). Il peut s'agir d'hôpitaux, de médecins, de pharmacies, de laboratoires cliniques, d'assureurs de soins médicaux, du programme Medicaid et d'autres organisations de télésanté qui échangent des informations médicales par voie électronique. La liste complète des Sources d'informations actuelles de l'EIM est disponible auprès de NYU Langone Health System ou de votre prestataire de soins Participant à l'EIM, selon le cas. Vous pouvez obtenir une liste à jour des Sources d'informations à tout moment en consultant le site Web de l'EIM à l'adresse <http://health-connect.med.nyu.edu/>. **Vous pouvez prendre contact avec le Responsable de la protection de la vie privée de NYU Langone Health en écrivant à l'adresse suivante : NYU Langone Health, Privacy Officer, One Park Ave, 3rd Floor, New York, NY 10016 ou en appelant le 212 404 4079. La liste complète des Sources d'informations Healthix actuelles est disponible auprès de Healthix et peut être obtenue à tout moment sur le site Web Healthix (à l'adresse URL <http://www.healthix.org>) ou en appelant Healthix au 877 695 4749.**
- 4. Qui peut accéder aux informations vous concernant si vous donnez votre consentement ?** L'expression « NYU Langone Health System et ses entités affiliées », telle qu'elle est utilisée sur le présent Formulaire de consentement, englobe les établissements hospitaliers de NYU Langone, la Faculté de médecine de NYU, les Centres de santé familiale de NYU Langone, l'hôpital NYU Winthrop et les sociétés affiliées médicales de NYU Winthrop. Seules ces personnes peuvent accéder aux informations vous concernant : médecins et autres prestataires de soins qui sont membres du personnel médical d'un Participant à l'EIM, d'un Participant Healthix ou d'un Prestataire du réseau Care Everywhere approuvé qui sont concernés par vos soins médicaux ; les prestataires de soins qui gèrent les soins ou sont d'astreinte pour les médecins d'un Participant à l'EIM ou d'un Prestataire du réseau Care Everywhere approuvé ; les membres du personnel désignés participant aux activités d'amélioration de la qualité ou de gestion des soins ; ainsi que les membres du personnel d'un Participant à l'EIM ou d'un Prestataire du réseau Care Everywhere approuvé qui réalisent les activités autorisées par le présent Formulaire de consentement, telles qu'elles sont visées au premier paragraphe.
- 5. Sanctions en cas de consultation ou d'utilisation non autorisée de vos informations.** Des sanctions sont prévues en cas de consultation ou d'utilisation non autorisée de vos informations médicales électroniques. Si, à tout moment, vous soupçonnez quelqu'un d'avoir consulté ou d'avoir eu accès à vos informations alors qu'il n'aurait pas dû le faire, appelez l'un des Participants à l'EIM ou l'un des Prestataires du réseau Care Everywhere que vous avez autorisés à accéder à vos dossiers, rendez-vous sur le site Web de l'EIM à l'adresse <http://health-connect.med.nyu.edu/> ou appelez le Département de la Santé de l'État de New York [NYS Department of Health] au 877 690 2211. Si, à tout moment, vous soupçonnez quelqu'un d'avoir consulté ou d'avoir eu accès à vos informations via Healthix alors qu'il n'aurait pas dû le faire, appelez Healthix au 877 695 4749, rendez-vous sur le site Web Healthix à l'adresse URL <http://www.healthix.org> ou appelez le Département de la Santé de l'État de New York [NYS Department of Health] au 877 690 2211.
- 6. Nouvelle divulgation des informations.** Toute information médicale électronique vous concernant peut être divulguée à nouveau par un Participant à l'EIM ou un Prestataire du réseau Care Everywhere à d'autres personnes physiques ou morales, et ce uniquement dans la limite autorisée par les lois et réglementations fédérales et étatiques. Cela s'applique également aux informations médicales vous concernant au format papier. Comme indiqué à l'Article n° 2, si vous donnez votre consentement, TOUTES vos informations médicales électroniques, y compris vos informations médicales sensibles, seront disponibles via l'EIM et Healthix. Certaines lois étatiques et fédérales fournissent des protections spéciales pour certains types d'informations médicales sensibles, notamment en ce qui concerne : (i) votre évaluation, traitement ou examen d'un état de santé par certains prestataires ; (ii) le VIH ou le sida ; (iii) une maladie mentale ; (iv) une déficience mentale et des déficiences sur le plan du développement ; (v) un abus d'alcool ou d'autres drogues ; et (vi) des tests de prédisposition génétique. Leurs exigences spéciales doivent être respectées dès lors que des personnes reçoivent ces types d'informations médicales sensibles. L'EIM, Healthix et les autres personnes (notamment les Prestataires du réseau Care Everywhere) qui accèdent à ces informations via ces outils d'échange d'informations, doivent se conformer à ces exigences.
- 7. Période d'application.** Le présent Formulaire de consentement demeurera valide jusqu'à ce que vous révoquiez votre consentement ou jusqu'à ce que l'EIM cesse ses activités, ou jusqu'à 50 ans après votre mort, l'éventualité survenant le plus tard étant celle retenue.

- 8. Révocation de votre consentement.** Vous pouvez révoquer votre consentement à tout moment en signant un nouveau Formulaire de consentement et en cochant la case **JE REFUSE**. Vous pouvez obtenir ces formulaires sur le site Web de l'EIM : <http://health-connect.med.nyu.edu/>. Après avoir renseigné le Formulaire, transmettez-le par télécopie au 917 829 2096 ou envoyez-le à votre prestataire.

Remarque : les organismes, notamment les Prestataires du réseau Care Everywhere, qui accèdent à vos informations médicales via l'EIM ou Healthix pendant la durée de validité de votre consentement, peuvent copier ou inclure vos informations dans leurs propres dossiers médicaux. Même si vous décidez plus tard de révoquer votre consentement, ces organismes ne sont pas tenus de les renvoyer ou de les supprimer de leurs dossiers.

- 9. Refus de cocher une case (et donc de faire un choix).** Si vous ne cochez pas la case « **JE REFUSE** », la législation de l'État de New York autorise les personnes qui vous soignent dans le cadre d'une urgence à accéder à vos dossiers médicaux, y compris les dossiers disponibles via l'EIM. Si vous n'exprimez pas votre choix, les dossiers ne seront pas partagés, sauf en cas d'urgence comme l'autorise la législation de l'État de New York.
- 10. Copie du Formulaire.** Vous êtes en droit d'obtenir un exemplaire du présent Formulaire de consentement après l'avoir signé.
- 11. Risques liés à un refus de consentement.** Si vous n'autorisez pas les Participants à l'EIM et les Prestataires du réseau Care Everywhere à accéder à vos informations via l'EIM et Healthix, vos prestataires de soins risquent de ne pas pouvoir accéder en temps opportun à des informations médicales essentielles vous concernant, obtenues lors d'un rendez-vous précédent.