



Consentement pour un séjour d'évaluation ou d'ajustement de médication

Je _____, ainsi que mon répondant _____,

avons pris note des conditions et critères ci-joints. J'accepte qu'une demande de séjour d'évaluation pour une personne en phase palliative soit effectuée à la Maison Cinquième Saison.

Mon répondant et moi nous engageons à respecter les délais déterminés de 30 jours ou moins pour mon hébergement et à travailler en étroite collaboration avec tous les intervenants pour assurer mon retour sécuritaire dans les délais prévus. Je comprends que si les critères ne sont pas respectés, la Maison Cinquième Saison se réserve le droit de me réorienter vers une autre ressource.

J'accepte que mon nom et mes coordonnées soient conservés dans la base de données sécurisées de la Maison La Cinquième Saison et de la Fondation Maison La Cinquième Saison pour que l'on puisse communiquer avec moi dans le futur (ex. Invitation à des ateliers de deuil, à des activités de la Fondation etc.). Je peux retirer mes informations en tout temps en communiquant avec la responsable des renseignements personnels : dq@maison5s.org
819-554-8129 poste 209



Politique de confidentialité accessible via ce Code QR

Date _____ Signature de l'utilisateur _____

Date _____ Signature du répondant _____

Date _____ Signature de l'intervenant _____

Signé à : _____

