

## Attestation d'entrée

### Traitement :

Par la présente, j'accepte et autorise le Mount Sinai Health System (MSHS), les médecins, le personnel infirmier et les autres membres du personnel clinique à me fournir des soins. Il peut s'agir de traitements, d'examen et de procédures nécessaires à mes soins et à mon bien-être. Je suis conscient(e) que je peux être soigné(e) par des stagiaires sous surveillance, à moins que je ne demande un autre traitement et que mon médecin traitant estime qu'il est possible de se passer de ces membres de l'équipe en toute sécurité.

### Observateurs et prestataires :

Je suis conscient(e) que des personnes chargées de l'assistance technique ou des prestataires peuvent participer à mes soins médicaux.

### Analyses de sang lors d'une exposition :

Je comprends que si une personne participant à mes soins et à mon traitement est exposée à certains fluides corporels entraînant la possibilité de transmission d'une maladie transmise par le sang, mon sang sera soumis à un test de dépistage du VIH, de l'hépatite B et de l'hépatite C afin de déterminer le risque d'exposition.

### Dépistage du VIH pour les patients :

#### Informations générales sur le VIH :

- Le VIH, le virus qui cause le SIDA, peut se transmettre lors de rapports sexuels non protégés, du partage de seringues, de l'accouchement ou de l'allaitement.
- Si le test est positif, je peux bénéficier d'un traitement contre le VIH/SIDA pour rester en bonne santé et vivre plus longtemps.
- Les personnes atteintes du VIH/SIDA peuvent utiliser des pratiques sûres pour protéger les autres de l'infection.
- Il est illégal de discriminer une personne en raison de sa séropositivité.

#### Selon l'article 27F de la loi sur la santé publique de l'État de New York (NYS Public Health Law), les patients doivent recevoir les informations suivantes sur le dépistage du VIH :

- Les prestataires de soins de santé doivent proposer un test de dépistage du VIH à tous les patients âgés de 13 à 64 ans.
- Le dépistage est volontaire et tous les résultats des tests de dépistage du VIH sont confidentiels (privés).

J'ai lu ce qui précède et si j'ai des questions ou si je souhaite obtenir des informations complémentaires, j'en informerai mon prestataire de soins.

### Le (la) patient(e)\* ou son (sa) représentant(e) légal(e)\*\*

- Le dépistage anonyme du VIH (sans donner votre nom) est possible dans certains centres de dépistage publics.
- Je peux révoquer mon consentement à tout moment, que ce soit verbalement ou par écrit.

### Vaccinations :

Je suis conscient(e) que le MSHS peut partager les informations relatives à mes vaccinations avec le Département de la santé de l'État de New York (New York City State Department of Health) dans le Système d'information sur la vaccination de l'État de New York (New York State Immunization Information System, NYSIIS). L'objectif est de s'assurer que mon prestataire de soins de santé a connaissance des informations médicales importantes me concernant, afin qu'il puisse établir avec moi quels sont les vaccins dont j'ai besoin.

### Informations complémentaires sur le traitement :

Si j'accouche, je comprends que l'équipe soignante administrera de la vitamine K et une pommade oculaire à l'érythromycine à mon bébé dans le cadre du traitement standard des nouveau-nés.

### Photos et enregistrements sonores :

Je suis conscient(e) que des photos et des enregistrements sonores (enregistrements) peuvent être réalisés à des fins cliniques ou d'amélioration de la qualité dans le cadre de mes soins. La surveillance par caméra dans les espaces cliniques et publics peut être utilisée à des fins de sécurité.

Les enregistrements peuvent être utilisés à des fins éducatives (par exemple, une présentation, une conférence ou une publication), à condition que mon identité ne soit pas révélée par les photos ou par les descriptions qui les accompagnent. Si des informations qui permettent de m'identifier sont présentes dans des enregistrements destinés à être utilisés à des fins éducatives, mon autorisation me sera expressément demandée avant leur utilisation.

Je comprends que j'ai le droit de révoquer à tout moment mon consentement à l'utilisation de mes enregistrements à des fins éducatives ou de recherche et qu'un tel refus ne compromettra pas mon accès aux soins ni la qualité de ceux-ci.

Nom en caractères d'imprimerie

Signature

Date

Heure

Lien

\* La signature du (de la) patient(e) doit être exigée, sauf si le (la) patient(e) est âgé(e) de moins de 18 ans ou s'il (si elle) n'a pas la capacité de le faire.

\*\* Tuteur(trice) nommé(e) par le tribunal, mandataire santé désigné dans le formulaire Health Care Proxy ou substitut(e) désigné(e) en vertu de la loi sur les décisions de santé familiales (Family Health Care Decisions Act).