

Permission de partager les résultats du dépistage du développement avec le Ministère de la Santé du Vermont

Nom du parent ou du tuteur : _____

Nom de l'enfant : _____

Date de naissance : ___ / ___ / ___

DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

Je consens à ce que [Nom du cabinet/organisme] partage un résumé des résultats du dépistage du développement de mon enfant avec le département de la Santé du Vermont. Je comprends que les résultats de mon enfant seront ajoutés à un registre en ligne de dépistage du développement à l'échelle de l'État qui aide les fournisseurs de soins de santé, d'éducation et communautaires à partager les résultats et les renseignements de dépistage. Les résultats de l'un ou l'autre des quatre outils de dépistage énumérés ci-dessous peuvent être inclus :

- **ASQ-3** – Questionnaires sur les âges et les stades (troisième édition)
- **ASQ :SE-2** – Questionnaire sur les âges et les étapes : Socio-émotionnel (deuxième édition)
- **M-CHAT-R** – Liste de contrôle modifiée pour l'autisme chez les tout-petits (révisée)
- **M-CHAT-R/F** – Liste de contrôle modifiée pour l'autisme chez les tout-petits (révisée avec suivi)

OBJET DE LA DIFFUSION

L'identification précoce des problèmes de développement aide les enfants et les familles à obtenir le soutien dont ils ont besoin. Les fournisseurs de soins de santé et d'autres fournisseurs utilisent l'information sur le dépistage du développement pour mettre les familles en contact avec des services utiles.

Ce que je comprends :

- Je comprends pourquoi on me demande de publier les résultats du dépistage de mon enfant. Je comprends que les résultats du dépistage de mon enfant seront ajoutés au Registre de dépistage du développement.
- Je comprends que la signature de cette décharge est volontaire.
- Je comprends que je n'ai pas à consentir à la divulgation de ces renseignements. Je n'ai pas besoin de consentir à la divulgation de ces renseignements pour obtenir les résultats de dépistage de mon enfant ou pour que les résultats de dépistage de mon enfant soient partagés avec des fournisseurs de soins de santé.
- Je peux changer d'idée et annuler cette autorisation à tout moment. Je comprends que tout renseignement partagé avant l'annulation restera dans le Registre de dépistage du développement.
- Si je veux annuler mon consentement, je dois le faire par écrit et l'envoyer à [adresse du fournisseur].
- À moins que j'annule cette autorisation, celle-ci restera en vigueur jusqu'à ce que mon enfant atteigne l'âge de six ans.
- Je peux demander une copie de ce communiqué qui peut être sous forme électronique.
- Une copie de ce formulaire signé est tout aussi valide que l'original.

Signature du parent ou du tuteur : _____

Date : ___ / ___ / ___

Rév. 3.2025

French