

## PROGRAMME DE SERVICES DE SANTÉ SCOLAIRES

Veillez remplir le formulaire ci-dessous après avoir examiné attentivement les politiques et procédures régissant les services de santé pour les élèves, puis signer les autorisations requises dans le présent document. Cette action est nécessaire pour que vous (si vous êtes un étudiant âgé de 18 ans ou plus) ou votre enfant puissiez participer au Programme de services de santé scolaires. Veuillez soumettre le formulaire rempli au bureau de la scolarité de l'établissement scolaire de votre enfant.

Renseignements personnels sur l'élève   À remplir par le parent/tuteur ou par l'étudiant âgé de plus de dix-huit (18) ans				
Nom de famille de l'élève :		Prénom de l'élève :		Date de naissance :
Nom de l'établissement scolaire ou de la garderie :				
Adresse du domicile :		Appart. :	Ville :	État : Code postal :
Désignation ethnique : (cochez toutes les réponses pertinentes) <input type="checkbox"/> Hispanique/Latino <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Non-hispanique/Latino <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre				
Race : (cochez toutes les réponses pertinentes) <input type="checkbox"/> Autochtone d'Alaska/Indien d'Amérique <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Noir/Afro-Américain <input type="checkbox"/> Autochtone d'Hawaï/Insulaire du Pacifique <input type="checkbox"/> Blanc <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre				
Renseignements sur le parent/tuteur				
Nom du parent/tuteur 1 :		Nom du parent/tuteur 2 :		
Téléphone :	Adresse électronique :		Téléphone :	Adresse électronique :
Relation avec l'élève :		Relation avec l'élève :		
Numéro de téléphone du parent/tuteur :		Numéro de téléphone du parent/tuteur :		
Nom du contact en cas d'urgence, relation avec l'élève :		Numéro de téléphone du contact en cas d'urgence :		
Renseignements relatifs à l'assurance				
Type d'assurance :		Nom de l'assurance/numéro d'identification :		
<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Aucune		Régime d'assurance :		
Si votre enfant n'est pas couvert par une assurance maladie, souhaitez-vous que le gestionnaire de cas clinique vous contacte pour vous aider à obtenir une assurance maladie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Nom du prestataire de soins primaires :				
Organisation et adresse du prestataire de soins primaires :				
Téléphone du prestataire de soins primaires :				

## **POLITIQUES ET PROCÉDURES CONCERNANT LE PROGRAMME DE SERVICES DE SANTÉ SCOLAIRES**

- Les élèves peuvent recevoir des soins de la part d'une infirmière scolaire, d'un personnel de santé scolaire ou d'un personnel enseignant formé, conformément aux lois et règlements du district de Columbia (District) ainsi qu'aux politiques et procédures concernant le programme de services de santé scolaires (SHSP) du Département de la santé du District (DC Health).
- Je comprends que pour participer au SHSP, je dois donner mon accord pour que le prestataire de soins médicaux de l'élève envoie par voie électronique à l'établissement scolaire de mon enfant les informations relatives à la santé de ce dernier, y compris, mais sans s'y limiter, les informations figurant dans le Certificat de santé universel. Ces informations relatives aux soins dispensés à mon enfant dans son école peuvent être partagées avec d'autres organismes du District dans le but de coordonner les soins de mon enfant et de collecter des données à l'échelle du District, par exemple pour surveiller l'asthme ou d'autres tendances en matière de santé dans le district.
- Les informations relatives à la santé de mon enfant seront toujours conservées et transférées conformément aux lois et réglementations du District et du gouvernement fédéral, y compris, mais sans s'y limiter, la loi de 1974 relative à la confidentialité et aux droits des familles en matière d'éducation (Family Educational Rights Privacy Act, FERPA), la loi de 1996 sur la portabilité et la responsabilité en matière d'assurance maladie (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), la loi sur les technologies de l'information dans le domaine de la santé pour la santé économique et clinique (Health Information Technology for Economic and Clinical Health, HITECH) et la loi 18-273 du D.C., l'amendement à loi de 2010 sur le partage des données et la coordination des informations (Code officiel § 7-241 et suivants)
- Un étudiant âgé de plus de dix-huit (18) ans, ou un mineur émancipé, tel que défini par le Code officiel section 7-1231.02 (10) peut remplir ce formulaire pour lui-même et consentir légalement à tout service de santé scolaire.
- Conformément au règlement régissant le consentement aux soins des mineurs (22-B DCMR 600.7), un mineur peut légalement donner son autorisation en ce qui concerne la prévention, le diagnostic ou le traitement des cas suivants : (1) une grossesse ou son interruption légale ; (2) une consommation abusive de substances, notamment les drogues et l'alcool ; (3) des troubles mentaux ou émotionnels, ou (4) une maladie sexuellement transmissible. De plus, le consentement parental n'est pas nécessaire pour prodiguer des premiers soins ou fournir des services lorsque la santé d'un élève est en danger.

## CONFIRMATION ET AUTORISATION CONCERNANT LE PROGRAMME DE SERVICES DE SANTÉ SCOLAIRES

- Je donne par la présente mon accord pour que l'établissement scolaire de mon enfant ou le personnel du service de santé scolaire lui fasse passer un test de dépistage des troubles de l'audition et de la vision si mon enfant n'en a pas bénéficié au cours de l'année civile écoulée comme indiqué dans le Certificat de santé universel qui lui a été remis.
- Je donne par la présente mon accord pour que l'établissement scolaire de mon enfant ou le personnel du service de santé scolaire administre les médicaments et/ou le traitement prescrits à mon enfant selon les instructions du prestataire de soins de santé agréé de mon enfant, conformément au § 38-651 du Code officiel du D.C et, en cas d'urgence, conformément au § 38-656 du Code officiel du D.C.

Je comprends que :

- j'ai la responsabilité de soumettre les formulaires de santé scolaires, y compris, mais sans s'y limiter, les documents suivants : Plan de traitement concernant les médicaments et les procédures médicales, plan d'action contre l'asthme, plan d'action en cas d'anaphylaxie, formulaire d'adaptation diététique ou tout autre formulaire de santé scolaire accepté, signé par le prestataire de soins médicaux de mon enfant et remis à l'établissement de mon enfant si celui-ci a besoin de soins médicaux spéciaux ou de médicaments. j'ai la responsabilité de soumettre chaque année un formulaire de santé scolaire mis à jour pour mon enfant.
- j'ai la responsabilité d'apporter à l'infirmière de l'école, dans leur emballage d'origine, tous les médicaments ou fournitures médicales nécessaires figurant sur le formulaire de santé de l'établissement scolaire. Tous les médicaments ou fournitures médicales seront entreposés dans un lieu sécurisé de l'établissement.
- je suis responsable de la collecte de tous les médicaments périmés conservés à l'école dans la semaine qui suit leur date de péremption et dans la semaine qui suit la fin de l'année scolaire. Je comprends que les médicaments non récupérés seront détruits. Le personnel du service de santé n'assume aucune responsabilité en cas de perte éventuelle de médicaments ou de fournitures médicales.
- j'ai la responsabilité d'informer immédiatement l'établissement scolaire de tout changement dans l'éducation et dans le plan de traitement concernant les procédures médicales et de fournir à l'école tous les formulaires de santé scolaire mis à jour. Vous pouvez joindre le personnel du service de santé en appelant directement le service de santé ou en composant le numéro de téléphone principal de l'établissement scolaire.
- Je comprends que l'établissement scolaire et le personnel de santé de ce dernier n'assumeront aucune responsabilité pour l'automédication ou les traitements non autorisés de mon enfant. Mon enfant ne peut se soigner lui-même ou s'administrer lui-même des médicaments pour l'asthme, l'anaphylaxie ou le diabète que s'il est autorisé à s'auto-médicamer selon les instructions d'un prestataire médical agréé et en conformité avec un formulaire de santé scolaire complet.
- Je reconnais et accepte par la présente que, conformément à la section 38-651.11 du Code officiel du DC, le District, l'établissement scolaire, ses employés et ses agents (y compris le personnel infirmier de l'établissement) ou le médecin praticien, l'auxiliaire médical ou l'infirmière expérimentée, qui a émis une ordonnance permanente, seront dégagés de toute responsabilité civile pour tout acte ou omission liés à ou découlant de l'exercice de bonne foi de leurs responsabilités en vertu de la section 38-651.01 et suivants, à l'exception des actes criminels, des agissements intentionnels, des actes de négligence grave ou d'inconduite volontaire. Je comprends que le présent formulaire doit être rempli et soumis pour que l'élève puisse recevoir des services de santé.

Nom de l'élève (en caractères d'imprimerie)\_\_\_Nom du parent/tuteur (en caractères d'imprimerie)\_\_\_\_\_

Signature du parent/tuteur ou étudiant si âgé de plus de 18 ans \_\_\_\_\_Date \_\_\_\_\_

version du 7 mars 2023 3

## CONDITIONS GÉNÉRALES DU PROGRAMME DE TÉLÉSANTÉ DES SERVICES DE SANTÉ SCOLAIRES

Le Programme de télésanté des services de santé scolaires permettent aux élèves d'obtenir une consultation virtuelle dans leur établissement avec un prestataire de soins médicaux. En signant ci-dessous, je comprends, confirme et autorise ce qui suit :

- Mon enfant peut participer à des consultations organisées par vidéo (vidéoconférence) ou par téléphone (téléconférence) avec des prestataires de soins de santé, tels que des spécialistes en santé comportementale, qui peuvent se trouver à l'extérieur de l'établissement scolaire. Le prestataire de soins de santé peut déterminer qu'une visite de suivi en personne ou que des soins urgents ou des services d'urgence sont nécessaires.
- En plus de l'équipe de soins de santé et du prestataire de soins de santé de mon enfant, des personnes qui font fonctionner l'équipement vidéo et qui sont formées pour préserver la confidentialité de toutes les informations obtenues peuvent également être présentes. L'élève a le droit de demander : (1) que certains détails spécifiques relatifs à ses antécédents médicaux/son examen clinique soient omis ; (2) que le personnel non médical quitte la salle d'examen ; ou (3) qu'il soit mis fin à la visite à tout moment.
- J'ai la possibilité de refuser un rendez-vous de télésanté pour mon enfant.
- J'autorise également l'établissement de soins de santé ou son personnel à communiquer toute information au régime d'assurance maladie de mon enfant ou à tout autre agent éventuellement responsable du paiement des factures médicales liées à la visite. Par ailleurs, j'autorise le Programme de télésanté des services de santé scolaires à divulguer des informations médicales spécifiques aux responsables de l'établissement scolaire et à DC Health, soit parce que la loi ou la réglementation l'exige, soit parce que cela est nécessaire pour protéger la santé et la sécurité de mon enfant.
- Les services de télésanté peuvent être facturés à mon assurance. Je comprends qu'il m'incombe de fournir les informations relatives à mon assurance et que je suis responsable de toute quote-part ou de tout frais supplémentaire résultant de ce service. Les personnes inscrites à tout organisme de gestion des soins Medicaid de DC ne recevront pas de facture pour les services fournis par télémédecine. Tous les frais associés à ce programme sont à la discrétion de la compagnie d'assurance. Toute quote-part exigée pour les visites de soins primaires pourrait s'appliquer à ce service. Je comprends que toute somme d'argent ou tout avantage lié à la prestation de services de télésanté sera attribué et transféré au prestataire, y compris les avantages/versements provenant de mon régime de santé, de Medicaid ou d'autres tiers financièrement responsables des soins médicaux de mon enfant. J'autorise la divulgation de tous les renseignements nécessaires (incluant sans s'y limiter, les dossiers médicaux, les copies des demandes de remboursement et les factures détaillées) à des fins de vérification des informations de paiement et, le cas échéant, à toute autre fin de santé publique.
- Si à tout moment je ne suis pas satisfait(e) des services rendus, je peux déposer une plainte auprès de l'équipe du Bureau de l'Ombudsman, par téléphone au (202) 724-7491 ou par e-mail à l'adresse [healthcareombudsman@dc.gov](mailto:healthcareombudsman@dc.gov). Les plaintes doivent également être soumises sur le portail du Programme des services de santé scolaires : <https://dchealth.force.com/studenthealthservices/s/>.
- Ce consentement sera valable pour toute la durée de l'inscription de l'élève dans l'établissement scolaire. Je comprends également que j'ai le droit de retirer mon consentement à tout moment en remettant au personnel du service de santé une lettre signée et datée à cet effet.

**Nom de l'élève (en caractères d'imprimerie)\_\_\_ Nom du parent/tuteur (en caractères d'imprimerie)\_\_\_\_\_**

**Signature du parent/tuteur ou étudiant si âgé de plus de 18 ans\_\_\_\_\_ Date\_\_\_\_\_**