

<p>Michigan Medicine</p> <p>Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)</p> <p><b>Consentement général pour les services de soins de santé et Informations importantes concernant le patient - ADULTE</b></p> <p>General Consent for Healthcare Services and Important Patient Information - ADULT (French)</p>	<p>MRN :</p> <p>NAME :</p> <p>BIRTHDATE :</p> <p>CSN</p>
--	--

Reconnaissance de l’Avis des Mesures de Confidentialité (NPP en anglais) : Notice of Privacy Practices (NPP)  
 Acknowledgment:

Par la présente, je reconnais que l’on m’a proposé ou que j’ai reçu l’avis des Mesures de Confidentialité de Michigan Medicine.

I hereby acknowledge I have been offered or received Michigan Medicine Notice of Privacy Practices:

**Consentement Général à Recevoir les Services de Soins de Santé**  
**General Consent to Receive Health Care Services**

Je veux recevoir les soins de santé de Michigan Medicine y compris les soins médicaux, dentaires, psychologiques, infirmiers et/ou autres soins de santé. Ces services peuvent inclure:

I want to receive health care services from Michigan Medicine including medical, dental, psychological, nursing and/or other health care. Services may include:

- Examens physiques, éducation sur la santé et vaccinations  
Physical exams, health education and Immunization
- Tests de laboratoire de base, par ex. analyse d’urine, streptocoque rapide, ponction veineuse  
Basic lab tests e.g. urinalysis, rapid strep, venipuncture
- Diagnostic et prise en charge des maladies/maladies chroniques aiguës  
Diagnosis and management of acute chronic illnesses/diseases
- Services VIH/IST (par exemple dépistage, tests, conseils, etc.)  
HIV / STI services (e.g. screening, testing, counseling, etc)
- Services de santé reproductive (par exemple, éducation sur la contraception, tests de grossesse)  
Reproductive health services (e.g. birth control education, pregnancy testing)
- Dépistage et gestion de la santé comportementale  
Behavioral health screening and management
- Psychothérapie individuelle, de groupe et familiale  
Individual, group and family psychotherapy
- Médicaments  
Medication
- Services consentis par des mineurs  
Minor-consented services
- Services de télémédecine  
Telemedicine services
- Autres soins nécessaires pour ma santé.  
Other treatment necessary for my care

Je donne mon accord afin que Michigan Medicine partage mes informations, si nécessaire pour mes soins ou la facturation de mes soins, et que différents départements puissent me contacter. Afin de faciliter mes soins et mes besoins médicaux, les départements de Michigan Medicine devront peut-être partager certaines informations nécessaires à mon propos avec des fournisseurs de soins extérieur à Michigan Medicine. J’ai le droit de discuter de mes soins médicaux avec mes fournisseurs de santé à tout moment. J’ai le droit d’accepter ou de refuser tout soin. Je comprends que mes professionnels de santé obtiendront éventuellement mon consentement après avoir discuté ensemble des soins spécifiques, des thérapies et des interventions médicales. Mes professionnels de santé examineront les risques connus, les avantages attendus et des solutions alternatives aux thérapies dans ces discussions. Je devrai éventuellement donner des consentements supplémentaires pour des interventions invasives et traitements spéciaux, par exemple si je reçois des produits sanguins. Il est impossible d’éviter certains risques dans la pratique de la médecine. Les résultats peuvent varier pour chaque patient. Je peux à tout moment retirer mon consentement aux services en écrivant au centre de santé de l’Alliance Régionale pour la Santé des Écoles.

31-10478	VER : A/24 HIM: 08/24	Medical Record		RAHS – Treatment Consent
----------	--------------------------	----------------	---	--------------------------

Michigan Medicine Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS) <b>Consentement général pour les services de soins de santé et Informations importantes concernant le patient - ADULTE</b> General Consent for Healthcare Services and Important Patient Information - ADULT (French)	MRN : NAME : BIRTHDATE : CSN
---	---------------------------------------

I agree that Michigan Medicine can share my information as needed for care or billing and that various departments may contact me. To facilitate my care and medical needs, Michigan Medicine departments may need to provide necessary information about me to other outside healthcare providers. I have a right to discuss my health care with my health care providers at any time. I have the right to agree to or refuse any care. I understand that my health care providers generally will obtain my consent after discussing specific care, therapies and procedures with me. My health care providers will review known risks, expected benefits and alternatives to therapies in those discussions. I may need to give additional consents for invasive procedures and special treatments such as when I receive blood products.. It is impossible to avoid certain risks in the practice of medicine. Outcomes maybe different for each patient. I may withdraw consent for services by writing to the Regional Alliance for Health Schools health center at any time.

**Affectation des prestations médicales Assignment of Medical Benefits**

Je conviens que je serai responsable de tous mes co-paiements, des franchises ou autres frais pour les services médicaux non couverts ou payés par mon assurance ou par un tiers payant. Ceci est vrai sauf dans les cas où la loi de l'État du Michigan ou la loi fédérale, ou un accord entre ma compagnie d'assurance et Michigan Medicine, ne le permet pas. J'attribue tous droits et prestations à Michigan Medicine afin d'aider le processus de paiement à Michigan Medicine pour les services de santé que j'ai reçus. Je donne mon accord à Michigan Medicine de poursuivre ces demandes.

I agree that I will be responsible for my co-payments, deductibles or other charges for medical services not covered or paid by insurance or other third party payers. This is true except in cases where Michigan or federal law, or an agreement between my insurance company and Michigan Medicine does not allow it. I assign all rights and benefits to Michigan Medicine in order to help the process of paying Michigan Medicine for health care services I received. I agree to help Michigan Medicine follow up on these claims.

**Informations importantes concernant le patient Important Patient Information**

**1. Michigan Medicine est un Centre de Recherche et d'Enseignement.** Il est possible que je reçoive des services du personnel et/ou des stagiaires choisis et supervisés par le personnel enseignant. Les stagiaires et les enseignants peuvent lire et se servir de mes dossiers médicaux pour l'enseignement et pour la recherche. J'accepte de donner les tissus en excès, les échantillons ou les parties d'organes qui auront été retirés de mon corps pendant les examens ou les interventions médicales s'ils ne sont pas nécessaires pour mon diagnostic ou pour mon traitement. Je permets à Michigan Medicine de posséder, manipuler, analyser, conserver, sauvegarder ou disposer de ces tissus en excès. Michigan Medicine peut se servir de ces articles ou les partager avec toute entité pour tout motif légal, y compris l'éducation et la recherche. Je comprends que mon médecin a peut-être mis au point un traitement ou un test qui me sera proposé. L'utilisation du traitement ou du test a été approuvée et est autorisée en vertu des lois nationales et fédérales. Mon médecin peut bénéficier de l'utilisation du test ou du traitement. Je comprends que j'ai la possibilité de demander à mon médecin si une de leurs inventions sera utilisée pour mes soins de santé.

31-10478	VER : A/24 HIM: 08/24	Medical Record		RAHS – Treatment Consent
----------	--------------------------	----------------	---	--------------------------

<p>Michigan Medicine</p> <p>Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)</p> <p><b>Consentement général pour les services de soins de santé et Informations importantes concernant le patient - ADULTE</b></p> <p>General Consent for Healthcare Services and Important Patient Information - ADULT (French)</p>	<p>MRN :</p> <p>NAME :</p> <p>BIRTHDATE :</p> <p>CSN</p>
--	--

Michigan Medicine is a Teaching and Research Center. I may receive services from staff and/or trainees chosen and overseen by the teaching staff. Trainees and teachers may read and use my health care records for teaching and research. I agree to donate any excess tissues, specimens or parts of organs that are removed from my body during testing or medical procedures if they are not necessary for my diagnosis or treatment. I allow Michigan Medicine to own, manipulate, analyze, keep, save or throw away this excess tissue. Michigan Medicine may use or share these items with any entity for any legal purpose, including education and research. I understand that my doctor may have developed a treatment or test that I am given. The treatment or test has been approved for use and it is allowed under state and federal law. My doctor may profit from the use of the test or treatment. I understand that I am able to ask my doctor if an invention of theirs will be used in my care.

2. **Le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH)** est le virus qui est responsable du SIDA (Syndrome d'Immunodéficience Acquise). **D'après la loi du Michigan, un test de dépistage du VIH pourrait être administré à un patient** si un professionnel de santé ou un intervenant d'urgence venait à être exposé aux produits sanguins de ce patient ou à d'autres fluides corporels.

Human Immunodeficiency Virus (HIV) is the virus that causes AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome). **Under Michigan law, an HIV test may be done on a patient** if any health care worker or emergency responder comes in contact with that patient's blood or other body fluids.

Le contact peut avoir lieu sous la peau, sur une plaie ouverte ou à travers les membranes muqueuses qui sont les tissus recouvrant les diverses ouvertures du corps. Si ce type de contact se produit, je comprends qu'un dépistage sanguin peut être effectué sans mon consentement. Si un dépistage est effectué, je comprends que je recevrai les résultats et des conseils, si besoin est.

Contact may occur under the skin, in an open wound or through the mucous membranes, which are the tissues that line various openings in the body. If this type of contact occurs, I know that my blood can be tested without my consent. If a test is done, I know that I will receive the test results and counseling as needed.

3. **Méthodes de communication.** Michigan Medicine utilise plusieurs méthodes afin de communiquer avec moi. La méthode utilisée dépendra de la raison ou des raisons de la communication. En donnant mes coordonnées à Michigan Medicine, j'accepte de recevoir des communications par de diverses méthodes, par exemple : des appels enregistrés, des SMS, le portail du patient, des courriels, etc. Je conviens également que Michigan Medicine peut m'envoyer des SMS plus fréquemment que trois (3) fois par semaine. Je comprends que je peux choisir de ne pas participer à plusieurs ou à toutes ces méthodes, mais je dois communiquer mes vœux au personnel. Michigan Medicine peut enregistrer des appels téléphoniques entrants et sortants avec moi pour les raisons d'assurance de qualité et de formation.

**Communication Methods.** Michigan Medicine uses many ways to communicate with me. The method used will depend on the reason or reasons for the communication. By providing Michigan Medicine with my contact information I agree to receive communications in different methods, for example: automated calls, text messaging, patient portal, emails, etc. I further agree that Michigan Medicine can send me text messages more than three (3) times a week. I understand that I can choose not to participate in some or all of these methods,

31-10478	VER : A/24 HIM: 08/24	Medical Record		RAHS – Treatment Consent
----------	--------------------------	----------------	---	--------------------------

<p>Michigan Medicine</p> <p>Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)</p> <p><b>Consentement général pour les services de soins de santé et Informations importantes concernant le patient - ADULTE</b></p> <p>General Consent for Healthcare Services and Important Patient Information - ADULT (French)</p>	<p>MRN :</p> <p>NAME :</p> <p>BIRTHDATE :</p> <p>CSN</p>
--	--

but I must communicate my wishes to staff. Michigan Medicine may record incoming and outgoing phone calls with me for quality assurance and training purposes.

- 4. Services de télémédecine.** Je comprends qu'il est possible que je reçoive des soins par des services de télémédecine. Les limites d'une visite de télémédecine comprennent la possibilité de ne pas pouvoir remarquer les mêmes maladies que l'on peut trouver pendant un examen physique complet. Il peut y avoir aussi des difficultés techniques telles que la perte de connexion ou l'interruption.

**Telemedicine Services.** I understand that I may receive care through telemedicine services. The limitations of a telemedicine visit include the possibility of not being able to pick up conditions found during a complete physical exam. There may also be technical difficulties like a lost connection or interruption.

- 5. Sûreté et sécurité.** Dans l'intérêt de la sécurité des patients, du personnel et des visiteurs, Michigan Medicine se réserve le droit d'inspecter ou d'interdire l'utilisation des appareils et des équipements appartenant à des individus y compris mais sans se limiter aux téléphones portables (y compris les fonctions d'appareil photo et de vidéo). Il est interdit de fumer et d'utiliser des produits du tabac et des produits de la marijuana non-approuvés par la FDA dans les établissements de Michigan Medicine. Cette interdiction comprend la marijuana, les produits médicaux à base de marijuana non-approuvés par la FDA sous toutes ses formes, les cigarettes de tabac, le tabac à chiquer et les cigarettes électroniques. Les établissements comprennent les bâtiments, le domaine, les parkings et l'intérieur des véhicules appartenant à des individus sur le terrain de Michigan Medicine. Michigan Medicine n'est pas responsable pour la perte ou le vol de biens personnels s'ils ne sont pas mis dans un coffre-fort fourni par Michigan Medicine ou dans un endroit sécurisé.

**Safety and Security.** In the interest of patient, staff and visitor safety, Michigan Medicine reserves the right to inspect or prohibit the use of personally owned devices and equipment including, but not limited to cell phones (including camera and video functions). Smoking and the use of tobacco products and non FDA-approved marijuana products is not allowed in Michigan Medicine facilities. This includes marijuana, non FDA-approved medical marijuana products in all forms, tobacco cigarettes, chewing tobacco and e-cigarettes. Facilities include buildings, grounds, parking lots and inside personal vehicles on Michigan Medicine property. Michigan Medicine is not responsible for loss or theft of any personal property if not placed in a Michigan Medicine-provided safe or secure area.

- 6. Reproduction photographique ou Enregistrement fait ou organisé par les patients ou les familles.** Les patients, leurs familles et leurs amis ne sont pas garantis le droit de photographier ou de faire des enregistrements sur le terrain de Michigan Medicine. Cependant photographier ou enregistrer peut être permis avec un appareil personnel sous les conditions suivantes: 1. Toute photographie ou enregistrement doit **cesser immédiatement** sur demande du personnel de Michigan Medicine ou si ces actions interfèrent à tout moment avec les soins cliniques ou avec les services aux patients, avec la vie privée des patients, avec la sécurité ou avec les opérations ; 2. Les familles ou les visiteurs d'un patient ne peuvent photographier ou enregistrer que le patient ; 3. Les patients et les visiteurs ne peuvent inclure d'autres patients ou professeurs ou le personnel de Michigan Medicine sans leur permission verbale ; 4. Les

31-10478	VER : A/24 HIM: 08/24	Medical Record		RAHS – Treatment Consent
----------	--------------------------	----------------	---	--------------------------

**Consentement général pour les services de soins de santé et Informations importantes concernant le patient - ADULTE****General Consent for Healthcare Services and Important Patient Information - ADULT (French)**

MRN :

NAME :

BIRTHDATE :

CSN

photographies et les enregistrements faits par la famille ou les visiteurs ne peuvent pas être inclus dans le dossier médical.

- 7. Photographing or Recording Done by or Arranged by Patients/Families.** Patients, their families, and their friends are not guaranteed a right to photograph or record on Michigan Medicine premises. However, photographing or recording may be permitted using their own devices subject to the following guidelines: 1. Photographing or recording must **stop right away** if directed to do so by Michigan Medicine staff or at any time if it interferes with clinical care or service to patients, patient privacy, security or operations; 2. Families or visitors of a patient may only photograph or record the patient; 3. Patients and visitors may not include other patients or Michigan Medicine faculty or staff without their verbal permission; 4. Photographs and recordings taken by the family or visitors may not be entered into the medical record.

**Ma signature apposée ci-dessous indique (cochez les cases pertinentes) :**

**My signature represents the following (check all that apply):**

- Reconnaissance des Mesures de Confidentialité**  
 **Acknowledgement of NPP Notification**  
 **Consentement Général à Recevoir les Services de Soins de Santé**  
 **General Consent to Receive Healthcare Services**  
 **Accord de cession de prestations médicales**  
 **Assignment of Medical Benefits Agreement**

**J'ai lu et compris les informations de ce formulaire avant de l'avoir signé.**

**I have read and understand the information on this form before I signed it.**

\_\_\_\_\_  
 Signature du Patient ou du Représentant Légal Autorisé (si le patient est incapable de signer)  
 Signature of Patient or Legally Authorized Representative (If patient is unable to sign)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Date (mm/jj/aaaa)  
 Date (mm/dd/yyyy)

\_\_\_\_\_  
 Nom (en caractères d'imprimerie) du Représentant Légal Autorisé (si le patient est incapable de signer)

Heure: \_\_\_\_\_

Printed Name of Legally Authorized Representative (If patient is unable to sign)

Time: \_\_\_\_\_ A.M / P.M

Parenté:  Conjoint(e)  Parent proche  Tuteur légal  Procuration à long terme pour les soins de santé  
 Relationship:  Spouse  Next-of-Kin  Legal Guardian  DPOA for HealthCare