

## PROGRAMME DE SERVICES DE SANTÉ SCOLAIRE

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. Ces autorisations sont nécessaires pour que vous (si vous êtes un étudiant âgé de 18 ans ou plus) ou votre enfant puissiez bénéficier des services de santé scolaire proposés aux élèves des Écoles publiques du District de Columbia (DCPS). 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 dix-huit (18) ans ou plus				
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 :
<b>Désignation ethnique :</b> <i>(cochez toutes les réponses pertinentes)</i> <input type="checkbox"/> Hispanique/Latino <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Non-hispanique/Latino <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre				
<b>Race :</b> <i>(cochez toutes les réponses pertinentes)</i> <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				
<b>Type d'assurance :</b> <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Aucune		<b>Nom/numéro d'identification de l'assurance :</b> <b>Régime d'assurance :</b>		
<b>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 ?</b> <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 SCOLAIRE**

- Les élèves des écoles publiques du District de Columbia peuvent recevoir des soins de la part d'une infirmière scolaire, du personnel du service de santé ou d'un personnel scolaire qualifié, conformément aux lois et règlements du District de Columbia (le District) et aux politiques et procédures du Programme de services de santé scolaire (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. Les informations concernant les soins apportés à mon enfant dans l'établissement scolaire de ce dernier peuvent être partagées avec d'autres agences du District afin de coordonner les soins de mon enfant et de recueillir 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 dix-huit (18) ans ou plus, 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.

## CONFIRMATIONS ET AUTORISATIONS CONCERNANT LE PROGRAMME DE SERVICES DE SANTÉ SCOLAIRE

- 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 nous 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 prescrits et/ou le traitement 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 contre l'anaphylaxie, formulaire d'adaptation diététique ou tout autre formulaire de santé scolaire accepté et signé par le prestataire de soins médicaux de mon enfant à l'établissement de mon enfant si mon enfant 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-médicamenter 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 au Code officiel du DC section 38-651.11, 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, sont exempts 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 d'actes criminels, de fautes intentionnelles, 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 18 ans ou plus \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_**

## CONSENTEMENT AU PARTAGE DES DOSSIERS SCOLAIRES MÉDICAUX DES ÉLÈVES

La loi relative à la confidentialité et aux droits des familles en matière d'éducation (Family Educational Rights Privacy Act, FERPA) est une loi fédérale qui protège la confidentialité des dossiers scolaires des élèves. L'objectif du présent consentement est de permettre aux principaux membres du personnel de l'établissement (*notamment le proviseur, l'infirmière scolaire, les infirmières gestionnaires de cas, les coordinateurs section 504 et les membres du personnel de l'éducation spécialisée*) en charge de votre enfant de partager les dossiers scolaires d'ordre médical avec des agences et des prestataires de soins de santé externes, y compris les centres de santé scolaires (*s'il y en a un dans votre établissement*). Ainsi, ces derniers pourront mieux coordonner ensemble les services de santé offerts à votre enfant. La coordination des services de santé permettra de mieux répondre aux besoins de santé de votre enfant et de faire en sorte qu'il puisse participer pleinement à l'environnement d'apprentissage de l'école. Veuillez noter que les élèves peuvent avoir besoin d'un soutien supplémentaire prescrit par un prestataire de soins de santé, ou précisé dans un programme d'enseignement individualisé (PEI) ou un plan de la section 504 (un plan élaboré conformément à la section 504 de la loi sur la réhabilitation de 1973 pour fournir des aménagements ou des services supplémentaires aux élèves souffrant de déficiences physiques ou mentales) ; certains de ces services peuvent ne pas être fournis par l'infirmière scolaire ou disponibles dans le service de santé de l'établissement scolaire. **SI VOUS ACCEPTEZ CE CONSENTEMENT, VEUILLEZ LE REMPLIR, LE SIGNER ET LE RETOURNER AU BUREAU DE LA SCOLARITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE DE VOTRE ENFANT.**

_____	_____
(Nom de l'élève/de l'enfant)	(Nom de l'établissement)
_____	
(Date de naissance)	
_____	_____
(Classe)	(ID de l'élève, si connu)

### 1. J'autorise les écoles publiques du District de Columbia à partager les dossiers scolaires concernant mon enfant précisés dans

#### la Section 3 ci-dessous avec chacune des agences et organisations suivantes :

- \* Département de la Santé du DC,
- \* Département des services sociaux de DC,
- \* Département de la santé mentale de DC,
- \* Prestataire(s) de soins de santé de votre enfant, et
- \* Département du financement des soins de santé de DC, \* Autres fournisseurs de services de santé offrant des services en milieu scolaire

### 2. Je comprends que ces informations peuvent être utilisées UNIQUEMENT aux fins suivantes :

- \*\* Planifier et fournir des services coordonnés en matière d'éducation et de santé, et
- \*\* évaluer les programmes destinés à mon enfant et les services qui lui sont fournis.

### 3. J'autorise l'utilisation/la divulgation des informations contenues dans chacun des dossiers suivants :

- \* Dossier de l'infirmière scolaire,
- \* Classes, observations et autres informations scolaires contenues dans les dossiers des élèves,
- \*\* Documents IFSP/PEI,
- \* Ordonnances médicales actualisées (conservées par l'infirmière scolaire),
- \*\* Plans 504,
- \* Rapports médicaux sur la vue,
- \*\* Emploi du temps de la classe,
- \* Rapports d'audiologie, et
- \* Registre des présences,
- \* Plan de soins infirmiers (dans le cadre du PEI ou du plan 504)
- \* Documents sur la santé comportementale



**4. Je comprends que :**

- \* la signature de cette autorisation est volontaire, et que mon enfant ne se verra pas refuser des services scolaires si je choisis de ne pas la signer, et
  - \* j'ai le droit de demander une copie de ce formulaire après l'avoir signé et de consulter ou de copier toute information divulguée en vertu de ce consentement.
- 

**5. Je consens à ce que les informations susmentionnées soient utilisées ou divulguées. Je comprends que ces informations ne peuvent pas être utilisées à des fins autres que celles indiquées dans la section 2 ci-dessus. Je peux, à tout moment, révoquer ce consentement par écrit. Je comprends que la révocation de cette autorisation n'affectera pas les mesures prises avant la réception de la révocation ou les mesures prises sur la base des informations précédemment partagées.**

---

(Signature du parent/tuteur/étudiant de plus de 18 ans)

---

(Relation avec l'élève)

---

(Date)



## CONSENTEMENT AU PARTAGE DU REGISTRE DES PRÉSENCES AVEC LES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ

Le projet CARE-H (Collaborative for Attendance Resources in Education and Health) est un partenariat entre les écoles publiques du District de Columbia (DCPS) et les prestataires médicaux locaux pour les élèves inscrits au DCPS qui sont actuellement des patients de l'hôpital pour enfants, Children's National Hospital. Le projet CARE-H vise à soutenir la santé des élèves et à réduire l'absentéisme, parce que des élèves en bonne santé sont mieux à même d'aller à l'école et d'apprendre. Pour que le projet CARE-H fonctionne, les établissements scolaires de DCPS doivent fournir des informations sur l'assiduité scolaire de mon enfant aux prestataires de soins primaires de mon enfant.

En signant ce consentement, vous autorisez le DCPS à partager de manière sécurisée les informations relatives à l'assiduité avec le ou les médecins, les infirmières et le personnel du cabinet médical de votre enfant. Ces informations aideront ces professionnels de la santé à fournir une assistance spéciale et une attention médicale aux élèves et à leur famille, le cas échéant. Elles permettront également au DCPS de collaborer avec ces professionnels de la santé pour que mon enfant reste en bonne santé et réussisse à l'école.

Je confirme et comprends que j'aurai la possibilité d'examiner les dossiers et le droit de contester le contenu de ces dossiers.

Cette autorisation sera maintenue pendant toute la durée de l'inscription de mon enfant à un établissement de DCPS, à moins que je ne retire mon consentement par écrit. Je peux retirer mon consentement à tout moment. REMARQUE : Si le DCPS souhaite partager ou discuter d'autres parties du dossier scolaire de mon enfant avec l'équipe médicale de mon enfant, il me sera demandé de fournir un consentement distinct.

**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 18 ans ou plus** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

## 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 télé-médecine. 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 18 ans ou plus** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_