

Consent to share information

Autorizzazione dell'utente al rilascio delle informazioni

Purpose: to record freely given informed consumer consent to share their information with a specific agency/ies for a specific purpose/s.

Scopo: Per registrare l'autorizzazione espressamente rilasciata dall'utente informato affinché le informazioni riguardanti tale utente possano essere condivise con una o più agenzie specifiche per uno o più scopi finalizzati.

Consumer

Utente

Name:

Nome e cognome:

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /

Data di nascita: giorno/mese/anno / /

Sex:

Sesso:

UR Number:

Numero paziente:

or affix label here
Oppure incollare qui l'etichetta

Consent to Share Information / Autorizzazione dell'utente al rilascio delle informazioni

Section 1: Personal/health information to be shared

Sezione 1: Informazioni personali / sanitarie da condividere con altri

Service Type Tipo di servizio	Name of Agency Nome dell'agenzia	Type of Information Tipo d'informazione	Purpose/s Scopo/i
Examples: – Physiotherapy – counseling Esempi: – Fisioterapia – Terapia	Examples: – Strawberry Community Health centre – Blueberry City Council Esempi: – Centro Sanitario Comunitario di Strawberry – Comune di Blueberry	Examples: – all relevant information – exceptions as stated by consumer Esempi: – Tutte le informazioni pertinenti – eccezioni così come definite dal cliente	Examples: – referral – shared care/case planning – informing services participating in consumer's care Esempi: – Riferimento ad altri servizi – Assistenza condivisa/ pianificazione del caso – informazioni ai servizi che partecipano nella cura del cliente

Section 2: Record of consent

Sezione 2: Registrazione dell'autorizzazione

Written consumer consent

Autorizzazione scritta dell'utente

The worker/practitioner has discussed with me who and why certain information about me may be shared with other service providers, as above. I understand this and I give my consent for the information to be shared.

L'assistente sociale/professionista che mi ha in cura ha discusso con me come e perché certe informazioni che mi riguardano potrebbero dover essere condivise con erogatori di altri servizi, come sopra. Io capisco ciò e do il mio consenso per la condivisione delle informazioni.

Signed: _____

Firma: _____

Dated: dd/mm/yyyy / /

Datato: giorno/mese/anno / /

or
oppure

Verbal consumer consent

Autorizzazione verbale dell'utente

I have discussed with the consumer how and why certain information may be shared with other service providers. I am satisfied that this has been understood and that informed consent for the information to be shared as detailed above has been given.

Ho discusso con l'utente come e perché certe informazioni potrebbero essere condivise con i fornitori di altri servizi e sono convinto/a che questo è stato compreso e che il consenso informato è stato dato per il rilascio delle informazioni nella forma e nei dettagli riportati sopra.

or

Oppure

Consumer does not have the capacity to provide consent

Il cliente non è in grado di dare il suo consenso

(that is, they do not understand the nature of what they are consenting to, or the consequences)

(cioè, non comprende la natura di ciò su cui dovrebbero dare il consenso o le conseguenze)

Consent given by authorised representative _____

(name of authorised representative)

Consenso dato da un rappresentante autorizzato _____

(Nome e cognome del rappresentante autorizzato)

There is no authorising representative or they were uncontactable; therefore, the information 2001* will be shared as set out in the Health Records Act

Non c'è un rappresentante autorizzato o non è stato possibile contattarlo, perciò le informazioni verranno condivise secondo quanto previsto dal Health Records Act 2001*

**If it is not reasonably practical to obtain consent from an authorised representative or the consumer does not have an authorised representative, health information can still be shared in the circumstances set out in the Health Records Act 2001. This includes where the sharing of information is done by a health service provider and is reasonably necessary for the provision of a health service or where there is a statutory requirement.*

**Se non fosse praticabile l'ottenimento del consenso da parte di un rappresentante autorizzato o il cliente non ne avesse uno, le informazioni sanitarie possono essere comunque condivise secondo quanto previsto dal Health Records Act 2001. Ciò include i casi quando la condivisione delle informazioni è attuata da un fornitore del servizio sanitario ed essa è ragionevolmente necessaria per la fornitura di tale servizio o nel caso sia previsto per legge.*

To ensure that the consumer's authorised representative can make an informed decision about consenting to the sharing of information as detailed above, the worker/practitioner should (tick when completed):

Affinché il rappresentante autorizzato possa prendere una decisione informata circa il consenso al rilascio delle informazioni come specificato sopra, l'assistente sociale/professionista sanitario dovrebbe: (spuntare la casella corrispondente):

1. Discuss with the consumer the proposed sharing of information with other services/agencies
1. Discutere con l'utente la possibilità di essere indirizzato ad altri servizi/altre agenzie
2. Explain that the consumer's information will only be shared with these services/agencies if the consumer has agreed and, when referring, advise that referral for service can still proceed if the consumer does not want information disclosed
2. Spiegare che le informazioni riguardanti l'utente saranno condivise con questi servizi/agenzie soltanto dopo aver ricevuto la sua autorizzazione e spiegare che, in caso di riferimento ad altri servizi/agenzie, detto riferimento può essere fatto lo stesso anche se l'utente non dovesse autorizzare il rilascio delle proprie informazioni
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure Your Information – It's Private
3. Fornire all'utente le informazioni sulla privacy, come per esempio l'opuscolo "Le Sue informazioni – Sono private"
4. Provide the consumer with a copy of this form once completed.
4. Una volta completato, fornire al cliente una copia di questo modulo.

Produced by the Victorian Department of Health, 2012
Prodotto dal Ministero della Sanità del Victoria, 2022

Consent obtained/witnessed by:
Consenso ottenuto/ testimoniato da:

Name:
Nome e cognome:

Position/Agency:
Posizione/Agenzia:

Sign:
Firma:

Date: dd/mm/yyyy / /
Data: giorno/mese/anno / /

CSI Page 1 of 1
CSI Pagina 1 di 1

Contact number:
Numero per il contatto: