

Bienvenue à la clinique médicale Oasis

Afin de mieux répondre à vos besoins en matière de soins de santé, veuillez répondre aux questions suivantes.

Veuillez cocher tout ce qui s'applique

- J'utilise des drogues injectables
- Je fume du crack ou de la meth
- Je travaille dans le commerce du sexe
- J'ai le VIH et/ou l'hépatite C
- Je prends ou je suis prescrit de la Méthadone, Suboxone, Kadian ou Sublocade, approvisionnement sûr (Dilaudid)
- J'ai des antécédents d'utilisation de drogues injectables/fumer du crack ou de la méthamphétamine

Quelle est la raison de votre visite à Oasis aujourd'hui ? Veuillez cocher tout ce qui s'applique

- Infection
- Ordonnances
- Habillage
- Thérapie de remplacement des opioïdes (Méthadone/Suboxone)
- À la recherche d'un médecin
- Référence médicale (spécialiste)
- Services sociaux (Travailleurs de cas, Logement, POSPH, ACSM)
- Identification (certificat de naissance, carte de santé)
- Autre _____



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

This form is also available in English

Notre CSC estime que la santé est déterminée par de nombreux facteurs, dont le logement, l'environnement, l'éducation, le soutien social, les possibilités d'emploi, la marginalisation et les normes et valeurs sociales. Veuillez nous aider à continuer de fournir des services et des programmes qui répondent à vos besoins en répondant aux questions qui suivent. Plus nous en savons sur notre clientèle, plus nous serons à même de concevoir nos programmes pour qu'ils répondent aux besoins de la collectivité. Tous les dossiers sont confidentiels. *Vous n'êtes pas tenu(e) de répondre à ces questions pour recevoir des services ici.*

INFORMATION du CLIENT (Nom doit correspondre au nom indiqué sur vos documents d'identité)

Prénom :		Pronom préféré :	Date de naissance: (JJ/MM/AA)
Nom:	Second prénom :	Nom préféré :	
Adresse (s'il y a lieu) :			
Ville :	Province :	Code postal :	
Sans adresse fixe : <input type="checkbox"/> Habite dans un refuge <input type="checkbox"/> Vit dans la rue <input type="checkbox"/> Autre (YMCA, avec un(e) ami(e))	Téléphone [Numéro de téléphone préféré] : (____)____-_____	Pouvons-nous laisser un message? (O)(N)	
	Autre numéro de téléphone (1): (____)____-_____	Pouvons-nous laisser un message? (O)(N)	
	Autre numéro de téléphone (2): (____)____-_____	Pouvons-nous laisser un message? (O)(N)	
Lieu de naissance (pays):	Si vous êtes né(e) à l'étranger, quelle était votre date d'arrivée au Canada: JJ/MM/AA		
Numéro de carte Santé :		Code:	Date d'expiration: JJ/MM/AA
Sexe comme indiqué sur vos documents d'identité officiels <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme			

EN CAS D'URGENCE

Nom :	Relation :
Numéro de téléphone préféré : (____) ____ - _____	Autre numéro de téléphone : (____) ____ - _____

Identité sexuelle : Vous identifiez-vous à l'un des genres suivants?

- Femme Transsexuel – de femme à homme Bispirituel Ne sais pas
 Homme Transsexuel – d'homme à femme Préfère ne pas répondre
 Intersexué Transsexuel – Non-binaire Autre (veuillez préciser) _____

Orientation sexuelle : Vous identifiez-vous à l'une des orientations sexuelles suivantes?

- Hétérosexuel Gai Allosexuel Pansexuel Ne sais pas
 Bisexuel Lesbienne Bispirituel Préfère ne pas répondre
 Autre (veuillez préciser) _____

- | | | |
|--|---|---|
| Plus haut niveau d'éducation complété: | <input type="checkbox"/> Trop jeune pour l'achèvement primaire | <input type="checkbox"/> Primaire ou équivalent (1 ^{re} à 8 ^e) |
| | <input type="checkbox"/> Secondaire ou équivalent (9 ^e à 12 ^e) | <input type="checkbox"/> Collège |
| | <input type="checkbox"/> Université (baccalauréat) | <input type="checkbox"/> Études post-universitaires |
| | <input type="checkbox"/> Aucune éducation formelle | <input type="checkbox"/> Autre |
| | <input type="checkbox"/> Ne sais pas | <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre |



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Revenu annuel total du ménage (toutes sources confondues) :

- 0 \$ à 14,999 \$
 15,000 \$ à 19,999 \$
 20,000 \$ à 29,999 \$
 30,000 \$ à 39,999 \$
 40,000\$ à 59,999\$
 60,000 \$ ou plus
 Ne souhaite pas répondre
 Ne sais pas
 Sans objet

Nombre de personnes qui dépendent de ce revenu? _____

Composition actuelle du ménage (qui vit dans votre ménage?), ne cochez qu'une case

- Membre unique
 Famille élargie
 Mère et enfant(s)
 Grands-parents avec petits-enfants
 Père et enfant(s)
 Frère(s) et sœur(s)
 Couple sans enfant
 Colocataire non apparenté
 Couple de même sexe
 Autre
 Couple avec enfant(s)
 Ne sais pas
 Préfère ne pas répondre

Quelle est votre langue maternelle (la première langue parlée à la maison et que vous utilisez encore)?

- Anglais Français Arabe Somali Inuktitut Oji-cre Cri
 Espagnol Cantonais Mandarin Autre (préciser) : _____

Si votre langue maternelle n'est ni l'anglais ni le français, quelle langue officielle du Canada préférez-vous? Anglais Français

Vous identifiez-vous à l'un des groupes culturels suivants?

- Asiatique – de l'Est Autochtone Noir - Amérique du Nord Latino - américain
 Asiatique – du Sud Métis Noir - africain Blanc - Amérique du Nord
 Asiatique – du Sud-Est Inuit Noir - des Caraïbes Blanc (Européen)
 Moyen-oriental Indigène Indien - des Caraïbes Origines mixte
 Ne sais pas Autre(s) (préciser) _____ Préfère ne pas répondre

Santé et accessibilité : Vous décrivez-vous comme atteint(e) d'une des conditions suivantes?

- Maladie chronique (p. ex. diabète)
 Déficience développementale
 Usage problématique de drogues
 Difficulté d'apprentissage (p. ex. THADA, dyslexie)
 Problèmes de santé mentale
 Déficience physique
 Handicap sensoriel (p. ex. déficience auditive ou visuelle)
 Aucun
 Ne sait pas
 Préfère ne pas répondre
 Autre (préciser) _____

INDICATEURS DE BIEN-ÊTRE

Sens de l'appartenance à la collectivité :

Comment décririez-vous votre sentiment d'appartenance à la collectivité? (Le sentiment d'appartenance, c'est l'impression de faire partie de la société, d'avoir tissé des liens et d'être accepté.)

Diriez-vous qu'il est :

- Très faible
 Relativement faible
 Relativement fort
 Très fort

Santé physique autoévaluée:

En général, diriez-vous que votre santé physique est :

- Mauvaise Juste
 Bien
 Très bien
 Excellente

Santé mentale autoévaluée :

En général, diriez-vous que votre santé mentale est :

- Mauvaise Juste
 Bien
 Très bien
 Excellente



Formulaire de consentement éclairé Renseignements personnels sur la santé

Note à l'intention des clients

Cette déclaration explique vos droits en matière de protection de la vie privée ainsi que les mesures prises par notre centre afin d'assurer la protection de vos renseignements personnels sur la santé en vertu de la *Loi sur la protection de la confidentialité des renseignements personnels sur la santé* (LPCRPS).

Déclaration de confidentialité

Le Centre de santé communautaire Côte-de-Sable (CSCCS) offre un éventail de programmes et de services. Divers professionnels et bénévoles du domaine de la santé travaillent au Centre afin d'offrir des soins de santé holistiques à nos clients. Nous travaillons ensemble afin de vous offrir des services de la meilleure qualité possible.

Le CSCCS est un « dépositaire de renseignements sur la santé ». Cela signifie que nous conservons vos renseignements personnels sur la santé dans nos systèmes afin de vous offrir des soins de santé complets. Ces renseignements sont utilisés aux fins indiquées dans la *Loi de 2004 sur la protection de la confidentialité des renseignements personnels sur la santé* (LPCRPS). Conformément à la LPCRPS, nous procédons à la collecte de renseignements personnels sur la santé directement auprès de vous ou de la personne qui agit en votre nom. Vos renseignements personnels sur la santé pourront être partagés avec les membres du personnel qui participent directement à vos soins. Le partage de renseignements s'effectue uniquement lorsque cela est nécessaire et approprié afin de vous fournir un service de qualité. Parfois, nous procéderons à la collecte de renseignements personnels sur la santé qui vous concernent auprès d'autres sources seulement si nous avons obtenu votre consentement ou si la loi l'autorise. Ces autres sources pourront inclure d'autres prestataires de services de santé qui travaillent avec nous pour vous offrir des soins.

Tous les employés et bénévoles du CSCCS se sont engagés à préserver et à protéger la confidentialité de vos renseignements personnels.

Types de renseignements que nous recueillons

Le CSC Côte-de-Sable pourra recueillir les types de renseignements suivants auprès de vous :

- Votre nom, adresse, numéro de téléphone, numéros de cartes d'identité et de carte Santé;
- Données démographiques (âge, sexe, date de naissance, langue, conditions de logement, éducation, niveau de revenu);
- Renseignements médicaux, sociaux et autres renseignements sur la santé;
- Membres de la famille et personnes-ressources.

Comment nous utilisons et divulguons les renseignements personnels sur la santé

Avec votre consentement, qui peut être exprès ou implicite selon le type de renseignements, nous utilisons et divulguons vos renseignements personnels sur la santé dans les buts suivants :

- Votre traitement par les personnes incluses dans votre « cercle de soins ». Il s'agit de personnes responsables de vos soins (p. ex., médecins, infirmières, infirmières praticiennes, travailleurs sociaux, diététistes, travailleurs communautaires, facilitateurs, psychologues, psychiatres et guérisseurs traditionnels).
- Vous permettre de participer aux programmes du CSCCS.
- Obtenir le paiement pour votre traitement et vos soins (p. ex., auprès des agences qui financent les services, la CSPAAT, votre assureur privé ou d'autres).
- Informer les agences de financement, comme le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), à des fins de gestion du réseau de la santé.
- Guider la planification, l'administration et l'amélioration continue de nos services et activités.
- Réaliser des activités d'amélioration de la qualité (p. ex., sondage).
- Veiller à ce que le CSCCS respecte les exigences juridiques et réglementaires.
- Effectuer de la recherche qui a été approuvée par l'équipe de direction.

Les renseignements personnels sur la santé ne seront pas habituellement partagés avec des personnes ou des agences de l'extérieur sans avoir obtenu votre consentement préalable. Si vous acceptez une recommandation pour un professionnel à l'extérieur du CSCCS, les renseignements pertinents à cette recommandation seront acheminés à ce professionnel. Il y a des situations où la loi nous oblige à divulguer des renseignements sans votre consentement. Ces situations incluent notamment :

1. Si nous soupçonnons qu'un enfant âgé de moins de 16 ans est exposé à un risque de préjudice.
2. Si nous croyons que vous présentez un danger pour vous-même ou autrui.
3. Si vos dossiers sont demandés par une instance juridique.
4. Si vous êtes considéré légalement incapable de prendre des décisions éclairées pour vous-même. Dans ce cas, votre parent, tuteur ou curateur public pourra avoir accès aux renseignements qui vous concernent.
5. Les cas de maladies infectieuses à déclaration obligatoire doivent être signalés à une agence de santé publique.

Le CSCCS doit aussi fournir des renseignements au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario qui servent à déterminer l'efficacité et les besoins de financement des centres de santé communautaire.

dans des situations d'urgence. Le Centre aura recours à des soins virtuels lorsqu'ils sont nécessaires pour intervenir dans des situations où nous estimons que les soins peuvent être dispensés de façon plus sûre, efficace et efficiente. Avant de consentir à des soins virtuels au CSCCS, il importe de tenir compte des considérations suivantes :

- Le Centre a pris de nombreuses mesures pour assurer la protection de la confidentialité et des renseignements personnels dans la démarche des soins offerts par le personnel soignant à la clientèle. Par contre, le Centre ne peut entièrement garantir la sécurité des échanges par le truchement d'Internet au cours des consultations virtuelles.
- Les informations contenues à l'intérieur des courriels du CSCCS, y compris tous les documents qui y sont attachés, sont pour l'usage exclusif du/des destinataire(s) désignés ; car elles peuvent être de nature confidentielle et privilégiée. N'importe quelle revue, utilisation, divulgation ou distribution non autorisée est interdite. Si vous n'êtes pas le ou les destinataire(s) désignés, veuillez immédiatement en aviser le Centre et assurer vous d'avoir détruit toutes les copies du message original.
- Les séances par vidéoconférence se déroulent en temps réel et ne sont jamais enregistrées par le Centre. Les bénéficiaires qui consentent à recevoir des soins virtuels du CSCCS sont conscients qu'il peut survenir des problèmes techniques qui pourraient perturber les interactions entre fournisseurs de soins et bénéficiaires qui comprennent, sans en exclure d'autres, des problèmes de connectivité, des opérations de maintenance des serveurs, des problèmes de logiciels et de logiciels malveillants et autres problèmes de matériel. De tels problèmes ne sauraient être imputés au Centre, au fournisseur de service ou aux clients visés.
- Les bénéficiaires sont conscients que des interruptions peuvent survenir à tout moment lors d'une consultation virtuelle. Dans un tel cas, le Centre communiquera dès que possible avec le ou la bénéficiaire par courriel ou par téléphone pour prendre un nouveau rendez-vous.
- Les bénéficiaires reconnaissent que les séances de soins virtuels doivent se faire dans un cadre privé, que personne d'autre ne soit présent lors de la séance, à moins qu'il en soit discuté et convenu autrement par le fournisseur de soins et le bénéficiaire.
- Il peut arriver que des difficultés techniques insolubles fassent en sorte qu'il est impossible de fournir des soins virtuels. Le cas échéant, le Centre discutera des solutions de rechange avec le bénéficiaire.

L'accès à vos dossiers médicaux

Vous pouvez accéder et corriger vos dossiers de santé personnels ou retirer votre consentement pour les usages et les divulgations susmentionnés en communiquant avec nous. Un prestataire de services peut examiner votre dossier avec vous en prenant un rendez-vous. Si vous choisissez de retirer votre consentement, il ne sera pas appliqué rétroactivement et le retrait de votre consentement pourra être assujéti à des exceptions légales. Tous les dossiers demeurent la propriété du CSC Côte-de-Sable.

Déclaration de consentement

Je comprends que le Centre de santé communautaire Côte-de-Sable (CSCCS) sollicite mon consentement pour recueillir, utiliser et/ou divulguer mes renseignements personnels sur la santé (ou les renseignements personnels sur la santé de la personne au nom de laquelle j'agis en tant que mandataire spécial). Je comprends que le CSCCS recueillera, utilisera et divulguera mes renseignements personnels sur la santé (ou les renseignements personnels sur la santé de la personne au nom de laquelle j'agis en tant que mandataire spécial) seulement conformément au consentement établi dans le Formulaire de consentement éclairé à moins qu'une collecte, utilisation ou divulgation particulière ne soit permise ou exigée par la loi sans mon consentement. Je comprends aussi que je peux refuser de signer le présent formulaire de consentement. Je peux aussi choisir de retirer mon consentement en tout temps au moyen d'un avis écrit.

Par la présente, j'autorise le CSCCS à recueillir, à utiliser et à divulguer mes renseignements personnels sur la santé (ou les renseignements personnels sur la santé du client pour lequel je suis mandataire spécial) aux fins susmentionnées.

Consentement aux soins virtuels du CSCCS (sous pli)

Par les présentes, j'autorise le CSCCS à communiquer avec moi et à me dispenser des soins virtuels par le truchement des outils de télécommunication, y compris par courriel, décrits ci-haut. On m'a expliqué les risques liés à la divulgation non autorisée ou à l'interception de données de santé personnelles, et des moyens que je peux prendre pour protéger des données personnelles. Je comprends très bien que les soins virtuels ne peuvent remplacer le besoin d'un examen physique ou d'une consultation en personne pour des troubles sérieux ou dans des situations d'urgence, et je comprends que si nécessaire je pourrais devoir m'adresser à des services d'urgence.

Droits et responsabilités du client (sous pli)

J'ai reçu des renseignements sur les Droits et responsabilités des clients et sur la façon dont je peux fournir de la rétroaction au Centre de santé communautaire Côte-de-Sable.

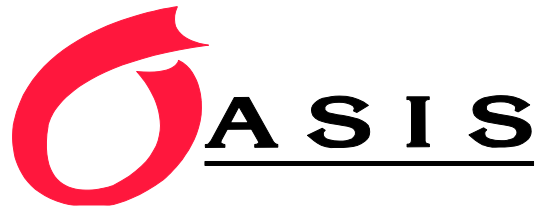
Écrire le nom en caractères d'imprimerie

Signature

Date



**Sandy Hill
Community Health Centre**
Centre de santé
communautaire Côte-de-Sable
Every One Matters.
Chaque personne compte.



ConnectingOntario ClinicalViewer is a province-wide database where we will be able to see your personal health information, including medications you are being prescribed, your lab results, and your hospital visits.

- I hereby authorize SHCHC to collect my personal health information from ConnectingOntario ClinicalViewer before my appointment.

Name : _____

Signature : _____

Date : _____

Le visualiseur clinique de ConnexionOntario est une base de données provinciale nous permettant de consulter vos renseignements personnels sur la santé, y compris les médicaments qui vous sont prescrits, vos résultats d'analyse et vos visites à l'hôpital.

- Par la présente, j'autorise le CSCCS à recueillir mes renseignements personnels sur la santé auprès du visualiseur clinique de ConnexionOntario avant mon rendez-vous.

Nom : _____

Signature : _____

Date : _____

Comment contacter l'agent de la protection de la vie privée et/ou le Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario

Pour en savoir davantage à propos des pratiques de confidentialité ou pour signaler une préoccupation relativement à nos pratiques, veuillez nous contacter :

<p>Agent de la protection de la vie privée du CSCCS : Kyle Heney 221, rue Nelson Ottawa (Ontario) K1N 1C7 Courriel : pofficer@sandyhillchc.on.ca Site Web : www.shchc.ca</p>	<p>Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario (CIPVP) : Vous avez le droit de contacter le CIPVP si vous croyez que nous avons violé vos droits. On peut communiquer avec le Commissaire aux coordonnées suivantes : Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario 2, rue Bloor Est, bureau 1400 Toronto (Ontario) M4W 1A8 Tél. : 416-326-3333 ou 1-800-387-0073 Télécopieur : 416-325-9195 Site Web : www.ipc.on.ca</p>
--	---

Veuillez ne pas envoyer de renseignements personnels par courriel ou par télécopieur.



En quoi consistent les soins virtuels du CSCCS ?

Les soins virtuels du CSCCS sont des soins dispensés au moyen de communications vidéo ou audio sécurisées et peuvent impliquer le recours au courrier électronique pour communiquer des informations sur des rendez-vous à venir ou plus générales. Le Centre recourt aux soins virtuels lorsque cela s'avère approprié ou nécessaire et qu'il estime que cela peut conduire à une prestation de soins plus sûre, plus efficace ou plus efficiente.

Les soins virtuels ne se substituent pas à un examen physique ou à une visite en personne pour certains troubles ou problèmes urgents.

Y a-t-il des risques à recevoir des soins virtuels du CSCCS ?

Bien que le Centre prenne des mesures raisonnables pour protéger la sécurité et la confidentialité des informations qu'il reçoit ou transmet par voie électronique, il ne peut offrir une totale garantie à cet égard en raison des risques ci-dessous :

- Le fait de discuter d'informations sensibles par le biais des soins virtuels peut accroître les risques que de telles informations soient révélées à des tiers.
- Malgré des efforts raisonnables pour préserver la confidentialité et la sécurité de toute communication électronique, aucune garantie ne peut être totalement assurée à cet égard.
- La prestation de soins virtuels peut donner lieu à l'introduction de logiciels malveillants dans un système informatique, susceptibles d'endommager ou de perturber les ordinateurs, réseaux et paramètres de sécurité.
- Les soins virtuels peuvent faire l'objet de perturbations échappant au contrôle du Centre ou de sa clientèle, auquel cas le Centre peut ne pas être en mesure de les fournir.
- Les séances de soins virtuels peuvent être entendues ou observées par d'autres personnes se trouvant à proximité du client. Ce dernier doit ainsi veiller à ce que toute séance se déroule dans un endroit sûr, calme et approprié et que personne d'autre ne se trouve à proximité, à moins d'en avoir convenu autrement, au préalable, avec le prestataire. Le port d'un casque téléphonique, ou d'écouteurs, est suggéré afin de garantir l'intimité des questions abordées.
- Des copies de communications électroniques supprimées par leur expéditeur ou leur destinataire peuvent subsister sur un système informatique.
- Conformément à la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé (LPRPS), toute communication électronique peut être divulguée en vertu d'une obligation de signalement ou d'une ordonnance d'un tribunal.

Quelles sont les conditions d'utilisation des soins virtuels du CSCCS ?

- Les soins virtuels ne sont pas destinés aux urgences médicales ou à d'autres situations critiques et ne doivent pas servir à de telles fins.
- Les soins virtuels ne peuvent se substituer à certains services offerts par le Centre.
- Lors d'une séance de soins virtuels, les clients sont tenus d'en garantir la confidentialité en s'assurant de fermer tout autre programme sur leur appareil, de minimiser les distractions et de ne pas répondre aux appels ou aux messages qui leur sont adressés.
- Il n'est pas permis aux clients d'enregistrer une séance de soins virtuels sans que le prestataire en soit préalablement informé et y consente.
- Le prestataire veillera à ne recourir qu'à une forme sécurisée de soins virtuels dont l'utilisation a été vérifiée et approuvée par le Centre.
- Le prestataire veillera à ce que toute séance se déroule sans autre forme de bruits et distractions.
- Si une séance est interrompue en raison de problèmes techniques, le prestataire tentera de les résoudre et de poursuivre la séance. Si cela s'avère impossible, cette dernière pourra être reprogrammée ou un autre type de séance pourra être proposé au client.
- Le prestataire respectera toutes les politiques et procédures du Centre s'appliquant aux services en personne.
- Le prestataire veillera à protéger les informations personnelles sur la santé du client qui sont en sa possession et sous son contrôle, ainsi qu'à en restreindre l'utilisation, l'accès, la reproduction ou la divulgation non autorisés de quelque manière que ce soit.



Droits et responsabilités des clients et clientes

Bienvenue au Centre de santé communautaire Côte-de-Sable. Nous espérons pouvoir travailler avec vous à l'atteinte de vos objectifs en matière de santé.

Notre priorité est la sécurité de toutes les personnes qui se présentent à notre Centre. Un espace sécuritaire est essentiel à toute personne qui veut être en santé.

Toute personne qui se présente au CSC Côte-de-Sable a le droit :

- À un espace sûr, sécuritaire et accueillant.
- De recevoir des services dans le respect de votre origine raciale, ethnique ou nationale, de votre genre ou identité de genre, de votre âge, de votre niveau de revenu, de votre langue, de votre religion, de votre orientation sexuelle ou de votre handicap.
- De recevoir des services basés sur les meilleures pratiques connues, de façon professionnelle et confidentielle.
- D'être informé des options de traitement pour que vous puissiez faire des choix éclairés et participer à la prise de décisions sur vos soins de santé.
- De formuler au Centre des commentaires concernant les soins que vous recevez, que vous soyez satisfaits ou non, et des suggestions qui visent à améliorer nos services.
- Refuser un service dispensé par un étudiant.

Pour que vous receviez les soins dont vous avez besoin et pour préserver pour tous un espace sûr et respectueux, nous vous demandons ce qui suit :

- Investissez-vous et faites des choix éclairés de traitements et d'activités qui ont un effet sur votre santé.
- Ne consommez pas de tabac (et n'utilisez pas de cigarette électronique), d'alcool ou de drogue au Centre, sauf dans les espaces désignés interdits au public permis par la loi. En vertu des lois ontariennes, il est interdit de fumer à moins de 15 mètres (35 pieds) de l'entrée principale.
- Traitez le personnel, les bénévoles et les autres clients avec respect, ce qui comprend :
 - Aucune violence verbale (injures, cris).
 - Aucune violence ou menace de violence.
 - Aucun commentaire à connotation sexuelle.
 - Aucun commentaire ou geste susceptible qui ferait qu'une personne se sente indésirable en raison de respect de son origine raciale, ethnique ou nationale, de son genre ou identité de genre, de son âge, de son niveau de revenu, de sa langue, de sa religion, de son orientation sexuelle ou de son handicap.
- Respectez la confidentialité des couples ou des groupes en counseling, ou des activités de groupes.
- Suivez les directives du personnel concernant la sécurité ou dans des situations d'urgence.
- Formulez au Centre des commentaires sur les soins que vous recevez, que vous soyez satisfaits ou non, et des suggestions qui visent à améliorer nos services.

Si nous constatons que votre comportement peut compromettre la sûreté de notre espace pour nos clients et notre personnel, nous pourrions vous refuser l'accès aux services du Centre.

Le cas échéant, nous travaillerons avec vous pour trouver le moyen d'avoir accès à nos services de nouveau.