

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT EN CAS DE CHOC ANAPHYLACTIQUE

Pour l'Organisation des cadets du Canada

Nom du cadet : _____ Corps de cadets/Escadron : _____

Date de naissance du cadet: Année/Mois/Jour

1. Administration de médicaments

Dans le cas où _____ subirait un choc anaphylactique exigeant une
(Nom du cadet)

intervention médicale d'urgence et serait incapable de s'auto-administrer de l'épinéphrine, je consens à l'administration d'épinéphrine par auto-injecteur, conformément au *Plan d'urgence en cas de choc anaphylactique* ci-joint, par un membre des Forces armées canadiennes (FAC) ou une personne engagée pour appuyer les activités des cadets de l'Organisation des cadets du Canada (OCC).

Nom du parent ou du tuteur : _____

Signature du parent ou du tuteur : _____ Date : _____

Signature du cadet : _____ Date : _____

(Si le cadet a l'âge légal du consentement – 14 ans et plus)

2. Responsabilité des auto-injecteurs d'épinéphrine

Je comprends que _____ est tenu d'apporter au moins deux
(Nom du cadet)

auto-injecteurs d'épinéphrine à toutes les activités offertes aux cadets et doit savoir quand et comment les utiliser. Le cadet doit porter en tout temps, sur lui, un auto-injecteur d'épinéphrine. L'autre auto-injecteur d'épinéphrine servira de réserve et doit être gardé par le superviseur du cadet pendant l'activité du cadet. À la fin de l'activité, l'auto-injecteur d'épinéphrine sera remis au cadet.

Nom du parent ou du tuteur : _____

Signature du parent ou du tuteur : _____ Date : _____

Signature du cadet _____ Date : _____

(si le cadet a l'âge légal du consentement, 14 ans et plus)

3. Collecte, utilisation et divulgation de renseignements personnels

Les renseignements personnels contenus dans le présent formulaire de consentement et le *Plan d'urgence en cas de choc anaphylactique* associé sont recueillis conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels* (LPRP), en vertu de la *Loi sur la défense nationale* et des *Ordres et règlements royaux des cadets du Canada*. Les renseignements que vous fournirez seront utilisés par des membres des FAC ou des personnes engagées pour appuyer les activités des cadets de l'OCC, seulement aux fins de l'utilisation d'un auto-injecteur pour l'administration d'épinéphrine, s'il y a lieu, par le cadet dont le nom est indiqué ici, lors de toute activité du cadet de l'OCC. Les renseignements que vous avez fournis sont protégés en vertu de la LPRP et sont décrits dans le fichier de renseignements personnels MDN PPU 839. Soyez assuré que vos renseignements personnels ne seront pas utilisés à des fins non autorisées. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le site Web Info Source à www.infosource.gc.ca.

Je consens par les présentes à la divulgation et à l'utilisation des renseignements personnels fournis et du *Plan d'urgence en cas de choc anaphylactique* par des membres des FAC ou des personnes engagées pour appuyer les activités des cadets de l'OCC qui peuvent avoir besoin de ces renseignements dans l'exécution de leurs tâches pour assurer la sécurité du cadet.

Nom du parent ou du tuteur (lettre moulées) : _____

Signature du parent ou du tuteur : _____ Date : _____

Signature du cadet _____ Date : _____

(si le cadet a l'âge légal du consentement, 14 ans et plus.)