

N° dossier
Nom
Prénom
Date de naissance
NAM
Nom de la mère
Prénom de la mère
Nom du père
Prénom du père

CONSENTEMENT À L'UTILISATION DE LA TÉLÉSANTÉ POUR RECEVOIR DES SOINS ET SERVICES

Direction clinique _____ Programme _____ Site _____

La télésanté permet de donner des soins et des services de santé à distance. La technologie choisie répondra à mes besoins et est adaptée à ma condition de santé.

Par la présente, je soussigné(e), _____, recevant des soins et services du Centre intégré universitaire en santé et services sociaux de la Capitale-Nationale confirme avoir reçu les informations nécessaires afin de signer ce consentement attestant que je consens à recevoir les soins et services requis par ma condition de santé via la modalité de télésanté.

- Je comprends que les renseignements qui me concernent seront tenus confidentiels, et que seul(s) le ou les intervenants (professionnel ou personnel administratif) pour qui les renseignements sont nécessaires pour offrir les services de santé ou des services sociaux y auront accès.
- Je comprends que mes renseignements de santé et de services sociaux sont protégés et utilisés conformément aux dispositions prévues à la « Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux (LRLQ, R-22.1) ».
- Je comprends que mon professionnel de la santé et des services sociaux peut recevoir ou transmettre électroniquement les renseignements de santé et de services sociaux requis par les soins ou services rendus sous la modalité de télésanté.
- Je comprends que tous les moyens seront mis en place afin d'assurer la sécurité des renseignements de santé et de services sociaux et des images lors de leur transmission électronique et leur entreposage, sous forme numérique, sur des serveurs situés au Québec. Il existe toutefois certains risques liés à la transmission électronique de renseignements tels que, les bris de confidentialité ou possibilité de pertes de données que j'accepte.
- Je comprends et accepte les risques liés à l'utilisation de la télésanté.
- Je consens à ce que les renseignements obtenus durant ce service virtuel soient utilisés en respectant la confidentialité de mes renseignements pour l'évaluation du service dans le but d'amélioration de sa qualité.
- Je comprends que dans certains cas, à la suite des soins et services sous la modalité de télésanté, le professionnel de la santé et des services sociaux pourrait juger nécessaire qu'un examen en personne soit réalisé. J'aurai alors la possibilité de consentir ou non à l'offre de rendez-vous qui me sera faite.
- Je dois informer les professionnels de la santé et des services sociaux responsables de mon suivi si je ne peux être présent(e) pour ma prestation de soins et services par télésanté ou si j'éprouve des problèmes avec la technologie.
- Je reconnais avoir reçu et compris l'information concernant l'utilisation de la télésanté, s'il y a lieu.
<https://telesantequebec.ca/patient/patient-rencontre-virtuelle/>

Nom :

Site :

N° dossier :

Durée du consentement

Le consentement est valide pour toute la durée de mon épisode de soins et services à partir de la date de signature de ce formulaire. Je sais que le présent consentement peut être annulé de façon verbale ou écrite en tout temps en faisant la démarche auprès du professionnel de la santé et des services sociaux qui assure mon suivi. Le cas échéant, un processus est en place pour assurer la continuité de mes soins et services.

Obtention du consentement

- Je consens à l'utilisation de la télésanté comme moyen de recevoir des soins et services requis par ma condition de santé.
- Je confirme avoir compris et reçu les explications nécessaires sur la télésanté.

En présence de l'utilisateur

Date _____ Signature _____
aaaa/mm/jj Usager ou personne autorisée

Si personne autorisée : Lien avec l'utilisateur :

Date _____ Signature _____
aaaa/mm/jj Profession _____

À distance, de façon verbale

En tant que professionnel de la santé et des services sociaux, je confirme avoir obtenu le consentement verbal de l'utilisateur avant l'utilisation de la télésanté comme moyen de recevoir des soins et services.

Date _____ Signature _____
aaaa/mm/jj Profession _____

Révocation du consentement

- Je déclare révoquer mon consentement à l'utilisation de la télésanté comme moyen de recevoir mes soins et services.
- Je comprends que je recevrai mes soins et services selon d'autres modalités convenues entre moi et mon professionnel de la santé et des services sociaux. Ces modalités sont les suivantes :

En présence de l'utilisateur

Date _____ Signature _____
aaaa/mm/jj Usager ou personne autorisée

Si personne autorisée : Lien avec l'utilisateur :

Date _____ Signature _____
aaaa/mm/jj Profession _____

À distance, de façon verbale

En tant que professionnel de la santé et des services sociaux, je confirme avoir obtenu le consentement verbal de l'utilisateur pour révoquer son consentement à l'utilisation de la télésanté comme moyen de recevoir des soins et services.

Date _____ Signature _____
aaaa/mm/jj Profession _____

Le consentement sera archivé dans le dossier médical pour une période de cinq années.