****

**FORMULAIRE DE DEMANDE DES BESOINS EN TÉLÉSANTÉ**

**Télésanté :** L’article 108.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) définit la télésanté ainsi : «On entend par services de télésanté une activité, un service ou un système lié à la santé ou aux services sociaux, pratiqué au Québec, à distance, au moyen des technologies de l'information et des communications, à des fins éducatives, de diagnostic ou de traitement, de recherche, de gestion clinique ou de formation. Toutefois, cette expression ne comprend pas les consultations par téléphone. »

# **Identification**

* **Direction :** Choisissez une direction.
* **Gestionnaire demandeur :** Cliquez ici pour entrer du texte.

# **Définition du besoin**

* **Est-ce que les activités que vous voulez réaliser sont :**
* Directement en lien avec un usager (téléconsultation) ? Choisissez oui ou non.
* Indirectement en lien avec un usager ? (discussion de cas par exemple ?)Cliquez ici pour entrer du texte.
* **Description des activités nécessitant la télésanté et/ou des outils de collaboration :** *(qui donne quel service, à qui, dans quel contexte, pour quels soins et services, pour quels services administratifs ?)* : Cliquez ici pour taper du texte.
* **Plate-forme de télésanté ou de collaboration désirée :**

|  |
| --- |
| **Outil de télésanté** |
| [ ]  TEAMS [ ]  ZOOM [ ]  REACTS [ ]  autre, précisez :Cliquez ici pour entrer du texte. |

* **Matériel informatique désiré**

Avez-vous tout le matériel informatique nécessaire actuellement ? Choisissez oui ou non.

**Si non,** remplir le tableau suivant :

|  |  |
| --- | --- |
| **Matériel privilégié pour le dispensateur du service** | **Matériel privilégié pour l’utilisateur du service** |
| **Matériel fixe**[ ]  PC de bureau[ ]  Station de visio-conférence | **Matériel mobile**[ ]  Cellulaire[ ]  Tablette[ ]  Ordinateur portable | **Matériel fixe**[ ]  PC de bureau[ ]  Station de visio-conférence | **Matériel mobile**[ ]  Cellulaire[ ]  Tablette[ ]  Ordinateur portable |

# **Urgence de la situation**

**Date souhaité pour la mise en place des services de télésanté/téléconsultation** **du service identifié :** Choisir une date dans le calendrier

**Éléments de priorisation** [ ]  Demande formelle du MSSS [ ]  Rupture de service [ ]  Clientèle confinée

[ ]  Autres, expliqué : Cliquez ici pour inscrire vos explications

# Super utilisateur de votre service (support de 1er niveau qui sera formé/par service)

Prénom, Nom : Cliquez ici Titre d’emploi : Cliquez ici

Courriel : Cliquez ici pour inscrire votre adresse courriel. Téléphone pour la rejoindre : No téléphone

# Chargé de projet

Prénom, Nom : Cliquez ici Titre d’emploi : Cliquez ici.

Courriel : Cliquez ici pour inscrire votre adresse courriel Téléphone pour la rejoindre : No téléphone.

# Commentaire/autres informations utiles

Cliquez ici pour inscrire vos commentaires

# Faire parvenir à :

# [telesante.ciussscn@ssss.gouv.qc.ca](file:///%5C%5Cr03.rtss.qc.ca%5Ce01-dfs%5Cpersonnel%5CClch3002%5CIUSMQ%20-%20DIRECTION%20DES%20SOINS%20INFIRMIERS%5CMyriam%5Ctelesante.ciussscn%40ssss.gouv.qc.ca)