

CONSIGNES ET CONSENTEMENT POUR LA TÉLÉCONSULTATION

La téléconsultation est une modalité de soins virtuels (télésanté) qui permet aux patients de consulter leur professionnel à distance, par appel vidéo.

Renseignements personnels

Lors d'un entretien en téléconsultation, comme dans le cas des consultations en personne, vos renseignements personnels sont traités en toute **sécurité** et de manière **confidentielle** et ce, en accord avec vos droits.

Pour avoir plus d'informations sur vos droits, cliquez ici.



[VOS DROITS](#)

Confidentialité

Pour renforcer la confidentialité, vous devez vous assurer d'être dans un **endroit privé et calme**, idéalement une pièce fermée. Vous pouvez aussi vous munir d'écouteurs avec micro.

Enregistrement

La téléconsultation **ne sera pas enregistrée** et son contenu ne sera pas utilisé à d'autres fins.

Vous vous engagez à ne pas enregistrer la téléconsultation ni à prendre de photo de l'écran sans en informer préalablement votre médecin ou professionnel de la santé.

Consentement

Vous pouvez **retirer** votre consentement à tout moment et devez nous en informer. Nous vous informerons alors des alternatives possibles, à savoir une consultation en personne ou au téléphone, selon l'avis du professionnel.



CONSENTEMENT AUX SOINS VIRTUELS (TÉLÉSANTÉ)

Texte du formulaire du consentement aux soins virtuels qui vous a été lu ou présenté lors de votre prise de rendez-vous.

Afin que mon médecin ou professionnel de la santé puisse poser un diagnostic ou réaliser les suivis requis à distance, **je comprends que :**

- ☐ **Mon suivi pourrait se faire de différentes manières**, selon ce qui convient le mieux à ma situation de santé et selon les recommandations de mon professionnel de la santé. Par exemple, il pourrait inclure :
 - Des rencontres par appel vidéo (en individuel ou en groupe)
 - Des outils pour faire le suivi de ma santé à la maison (comme une application ou un objet connecté)
 - Des ressources éducatives accessibles en ligne
 - Le partage d'avis entre professionnels de la santé
- ☐ Des **explications spécifiques** me seront fournies selon les technologies que je devrai utiliser.
- ☐ Dans certains cas, le médecin ou le professionnel de la santé 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 recevrai des **communications électroniques** contenant des informations portant sur mon service de télésanté.
- ☐ Mon médecin ou professionnel de la santé peut **recevoir ou transmettre électroniquement** mes renseignements médicaux à un autre professionnel, par exemple: rapports, photos, vidéos, questionnaires de santé, etc.
- ☐ Tous les moyens seront mis en place afin d'assurer la **sécurité des renseignements médicaux** lors de leur transmission électronique et leur entreposage. Toutefois, il existe certains **risques** tels que les bris de confidentialité ou la possibilité de pertes de données, que j'accepte.
- ☐ Les informations relatives à mes soins seront tenues confidentielles et conservées dans mon dossier médical; **seuls les intervenants impliqués** dans ma trajectoire de soins y auront accès.

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 comprends **que je peux retirer mon consentement en tout temps**, par oral ou par écrit, auprès de mon médecin ou professionnel de la santé.

