



MOCLI60067

Installation : \_\_\_\_\_

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ ☐ F ☐ M  
aaaa/mm/jj

NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : \_\_\_\_\_

## CONSENTEMENT AUX SOINS VIRTUELS

Trajectoire de soins : \_\_\_\_\_

Les soins virtuels sont des modalités de dispensation des services de santé et des services sociaux à distance par des moyens technologiques. Ils peuvent impliquer des solutions de visite virtuelle, des systèmes et des technologies de la surveillance à distance et autres solutions informatiques.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_  
confirme avoir reçu les informations nécessaires afin de signer ce formulaire attestant que je consens aux soins virtuels.

Afin qu'il puisse poser un diagnostic ou réaliser les suivis requis à distance :

Je comprends que mon médecin ou professionnel de la santé traitant peut recevoir ou transmettre électroniquement à un autre médecin ou professionnel de la santé les **renseignements médicaux** requis suivants :

- |                                           |                                                         |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Photos et vidéos | <input type="checkbox"/> Questionnaires pré/post visite |
| <input type="checkbox"/> Sondages         | <input type="checkbox"/> Autres : _____                 |

Je comprends que mon suivi pourrait aussi impliquer l'utilisation d'un des **objets connectés** suivants :

- |                                                                                                 |                                                          |                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tensiomètre                                                            | <input type="checkbox"/> Thermomètre                     | <input type="checkbox"/> Glucomètre               |
| <input type="checkbox"/> Stéthoscope électronique                                               | <input type="checkbox"/> Oxymètre de pouls (saturomètre) |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Montre connectée                                                       | <input type="checkbox"/> Spiromètre                      | <input type="checkbox"/> Balances (pèse-personne) |
| <input type="checkbox"/> Capteur multimodal (détecteur de chute, système de localisation, etc.) |                                                          |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____                                                          |                                                          |                                                   |

Je comprends que dans certains cas, une copie du rapport de soins virtuels pourrait être transmise à un autre professionnel qui est ou sera impliqué dans mon équipe de soins.

Je comprends que dans certains cas, à la suite des soins virtuels, 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 comprends que tous les moyens seront mis en place afin d'assurer la sécurité des images et des renseignements médicaux lors de leur transmission électronique et leur entreposage, sous forme numérique, sur des serveurs situés au Québec. Il existe certains risques liés à la transmission électronique de renseignements tels que les bris de confidentialité ou la possibilité de pertes de données que j'accepte.

Je comprends que les renseignements qui me concernent seront tenus confidentiels, et que seules les personnes suivantes y auront accès :

- Le(s) médecins ou professionnels de la santé(s) désignés par le service virtuel.
- Le médecin ou le professionnel de la santé traitant que j'ai consulté aujourd'hui.
- Tout autre professionnel que j'autorise par écrit à avoir accès.
- Le personnel administratif habilité ainsi que d'autres spécialistes en cas de nécessité de conseils ou d'avis médicaux.

Je consens également 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 les renseignements ne seront pas utilisés à d'autres fins ni qu'ils seront diffusés à des tiers.

| 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 de l'intervenant ou du professionnel qui assure mon suivi. |

| OBTENTION DU CONSENTEMENT                                                                                                                                                                                                                                       |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Je consens aux soins virtuels comme moyen de recevoir des soins et services requis par ma condition de santé.</li> <li>Je confirme avoir compris et reçu les explications nécessaires sur les soins virtuels.</li> </ul> |        |
| <input type="checkbox"/> En présence de l'utilisateur                                                                                                                                                                                                           |        |
| Signature de l'utilisateur ou personne autorisée :                                                                                                                                                                                                              | Date : |
| Signature de l'intervenant ou professionnel :                                                                                                                                                                                                                   | Date : |
| <input type="checkbox"/> À distance, de façon verbale                                                                                                                                                                                                           |        |
| En tant que professionnel ou intervenant, je confirme avoir obtenu le consentement verbal de l'utilisateur aux soins virtuels comme moyen de recevoir des soins et services                                                                                     |        |
| Signature de l'intervenant ou professionnel :                                                                                                                                                                                                                   | Date : |

| RÉVOCATION DU CONSENTEMENT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Je déclare révoquer mon consentement aux soins virtuels comme moyen de recevoir mes soins et services.</li><li>• Je comprends que je recevrai mes soins et services selon d'autres modalités convenues entre moi et mes intervenants ou professionnels. Ces modalités sont les suivantes :</li></ul> |              |
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>                                                                                                                                                                                                                                                                      |              |
| <input type="checkbox"/> En présence de l'utilisateur                                                                                                                                                                                                                                                                                        |              |
| Signature de l'utilisateur ou personne autorisée : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Date : _____ |
| Signature de l'intervenant ou professionnel : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Date : _____ |
| <br><input type="checkbox"/> À distance, de façon verbale                                                                                                                                                                                                                                                                                    |              |
| En tant que professionnel ou intervenant, je confirme avoir obtenu le consentement verbal de l'utilisateur aux soins virtuels comme moyen de recevoir des soins et services                                                                                                                                                                  |              |
| Signature de l'intervenant ou professionnel : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Date : _____ |