

Aide-mémoire

Formulaire consentement en télésanté

Inscrire le nom du service
ou de la trajectoire.

Nommer les renseignements
qui seront transmis. Par
exemple : questionnaires
prévisites, évaluations, etc.

Nommer les technologies
utilisées. Par exemple :
téléconsultation via Teams,
plateforme de soins
virtuels, conseil numérique,
stéthoscope électronique, etc.

Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches

Québec



CA7606

Nom et prénom de l'utilisateur

N° de dossier

Date de naissance (aaaa / mm / jj)

CONSENTEMENT AUX SOINS VIRTUELS TRAJECTOIRE DE SOINS OU DE SERVICE

Installation: _____

Date: _____

aaaa-mm-jj

Trajectoire de soins ou de services : _____

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 téléconsultations, 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 que mon médecin traitant ou mon intervenant de la santé et des services sociaux puisse réaliser certaines activités cliniques à distance :

Je comprends que mon médecin traitant ou mon intervenant de la santé et des services sociaux peut recevoir ou transmettre électroniquement les renseignements requis suivants :

Je comprends que mon suivi impliquera les modalités suivantes :

Je comprends que dans certains cas, des informations peuvent être transmises à un médecin ou à un autre intervenant de la santé et des services sociaux qui est ou sera impliqué dans mon équipe de soins et services.

Je comprends que dans certains cas, à la suite des soins virtuels, le médecin ou l'intervenant de la santé et des services sociaux pourrait juger nécessaire qu'un suivi 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 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) médecin(s) ou intervenant(s) de la santé et services sociaux désignés par le service offert en soins virtuels ;
- Le médecin traitant ou intervenant(s) de la santé et services sociaux que j'ai consulté aujourd'hui ;
- Tout autre intervenant 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 professionnels.

CONSENTEMENT AUX SOINS VIRTUELS - TRAJECTOIRE DE SOINS OU DE SERVICE

Aide-mémoire

Formulaire consentement en télésanté (verso)

Nom de l'utilisateur	Prénom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	-------------------------	---------------

Je consens également à ce que les renseignements obtenus durant ce service offert en soins virtuels 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 du médecin ou de l'intervenant qui assure mon suivi.

Obtention du consentement

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

☐ En présence de l'utilisateur

Signature : _____	Titre : _____	Date : _____
Usager ou personne autorisée		
Signature : _____	Titre : _____	No Permis : _____
Médecin ou intervenant		
Date : _____		
aaaa / mm / jj		

☐ À distance, de façon verbale

En tant que médecin ou intervenant, je confirme avoir obtenu le consentement verbal de l'utilisateur avant l'utilisation des soins virtuels comme moyen de recevoir des soins et des services.

Signature : _____	Titre : _____	No Permis : _____	Date : _____
Médecin ou intervenant			
aaaa / mm / jj			

Révocation du consentement

- Je déclare révoquer mon consentement à l'utilisation des soins virtuels 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 mes médecins ou intervenants. Ces modalités sont les suivantes : _____

☐ En présence de l'utilisateur

Signature : _____	Titre : _____	Date : _____
Usager ou personne autorisée		
Signature : _____	Titre : _____	No Permis : _____
Médecin ou intervenant		
Date : _____		
aaaa / mm / jj		

☐ À distance, de façon verbale

En tant que médecin ou intervenant, je confirme avoir été informé verbalement par l'utilisateur de son désir de révoquer le consentement à l'utilisation des soins virtuels comme moyen de recevoir des soins et services.

Signature : _____	Titre : _____	No Permis : _____	Date : _____
Médecin ou intervenant			
aaaa / mm / jj			

En cas de révocation, identifier les modalités alternatives aux soins virtuels. Par exemple : parler à son médecin, tel service en présentiel, etc. En cas de révocation, identifier les modalités alternatives aux soins virtuels. Par exemple : parler à son médecin, tel service en présentiel, etc.

CONSENTEMENT AUX SOINS VIRTUELS - TRAJECTOIRE DE SOINS OU DE SERVICE



CA7606

(Rév. 2025 / 12)

2 de 2