

# 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\***

**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**

CA7606 (Rév. 2025 / 12)

No de commande : 12989393

1 de 2

# Aide-mémoire

## Formulaire consentement en télésanté (verso)

Nom de l'usager	Prénom de l'usager	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'usager

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

#### À distance, de façon verbale

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

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

### 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'usager

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

#### À distance, de façon verbale

*En tant que médecin ou intervenant, je confirme avoir été informé verbalement par l'usager 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 : _____ aaaa / mm / jj
Médecin ou intervenant			

CONSENTEMENT AUX SOINS VIRTUELS - TRAJECTOIRE DE SOINS OU DE SERVICE



\*CA7606\*

(Rév. 2025 / 12)

2 de 2