



## CONSENTEMENT AUX SOINS VIRTUELS / TÉLÉSANTÉ

### Trajectoire : Soins et services offerts par télésanté par l'ICM

Les soins virtuels (ou télésanté) sont des activités en santé et en services sociaux réalisées à distance, au moyen d'outils technologiques.

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.

## Obtention du consentement

- Je consens aux soins virtuels 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

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
AAAA MM JJ

Signature : \_\_\_\_\_  
Usager ou personne autorisée

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
AAAA MM JJ

Signature : \_\_\_\_\_  
Intervenant ou professionnel

### ☐ 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 des services.

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
AAAA MM JJ

Signature : \_\_\_\_\_  
Intervenant ou professionnel

## Révocation du consentement

- Je déclare révoquer mon consentement aux 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 intervenants ou professionnels.

### ☐ En présence de l'utilisateur

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
AAAA MM JJ

Signature : \_\_\_\_\_  
Usager ou personne autorisée

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
AAAA MM JJ

Signature : \_\_\_\_\_  
Intervenant ou professionnel

### ☐ À distance, de façon verbale

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

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
AAAA MM JJ

Signature : \_\_\_\_\_  
Intervenant ou professionnel