

## Formulaire de consentement du patient aux activités de télésanté

Je soussigné (e), \_\_\_\_\_ consens à participer à une séance de téléconsultation où l'établissement \_\_\_\_\_ et les médecins traitants de l'établissement demandent une expertise à l'établissement \_\_\_\_\_ pour procéder à mon évaluation et discuter de mon dossier, y compris en mon absence, dans le cadre du programme de télésanté du RUISSS de l'Université de Montréal.

### Je comprends :

- que les établissements du programme de télésanté du RUISSS de l'Université de Montréal ont recours à tous les moyens technologiques nécessaires, conformément aux normes du Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS), pour contrer les risques de bris de confidentialité et/ou de perte des résultats lors de la transmission de l'archivage électronique des données cliniques.
- qu'il peut être nécessaire de communiquer ou de recevoir communication des renseignements me concernant pour orienter les soins et les services requis par mon état de santé.
- que ces renseignements peuvent avoir été recueillis avant cette téléconsultation (il pourrait s'agir de résultats médicaux versés à mon dossier il y a quelques mois, s'ils sont pertinents aux soins que je pourrais recevoir);
- J'autorise l'accès à ces informations par les professionnels de la santé des établissements mentionnés ci-dessus autorisés par la loi aux seules fins que soient prodigués, par cette téléconsultation, les soins requis par l'état de santé de/de la soussigné(e)
- que j'autorise l'ouverture d'un dossier patient dans l'établissement consulté afin d'y déposer et conserver les informations transmises et produites lors de la téléconsultation de façon sécuritaire conformément à la loi en vigueur;
- que mon consentement à la communication de renseignements me concernant est valide tant que mon dossier est actif dans mon établissement d'origine ou un an à partir de la date de signature.

### En foi de quoi, je certifie ;

- avoir lu et compris le présent document;
- avoir eu l'occasion de poser toutes mes questions et obtenu des réponses satisfaisantes
- avoir été en mesure de prendre une décision libre et éclairée pour la réalisation de la téléconsultation.

Signé à : \_\_\_\_\_ , ce ..... 20 .....

..... , en qualité de .....  
(Signature de l'utilisateur ou de son représentant légal)