

Formulaire de consentement à une téléconsultation en gériopsychiatrie

Effacer le formulaire

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom à la naissance : _____ Prénom : _____

Numéro d'assurance-maladie : _____ Expiration : _____

Adresse : _____ #apt : _____ RPA : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Sexe : M ☐ F ☐

Date de naissance : jj _____ /mm _____ /aaaa _____ Âge : _____

Langue(s) parlée(s) : Français ☐ Anglais ☐ autres : _____

Je soussigné(e), _____, comprends :

(Nom de l'utilisateur ou de la personne autorisée en majuscules)

- que je participe à une séance de téléconsultation au cours de laquelle j'autorise Dre Marie-Andrée Bruneau, MD, gériopsychiatre, à procéder à mon évaluation et à discuter de mon dossier avec mes médecins et intervenants référents, y compris en mon absence (suivis);
- 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);
- que seul le personnel autorisé (mentionnés ci-bas) aura accès aux renseignements me concernant;
- que Dre Marie-Andrée Bruneau a recours à tous les moyens technologiques nécessaires pour contrer les risques de bris de confidentialité et/ou de perte de définition des images lors de la transmission électronique de ces renseignements confidentiels (utilisation d'une plateforme approuvée par le MSSS).
- que j'autorise l'ouverture d'un dossier patient à la clinique du Dre Bruneau, afin d'y conserver les renseignements de façon sécuritaire conformément aux règles en vigueur;
- que mon consentement à la communication de renseignements me concernant est valide tant que mon dossier est actif ou un an à partir de la date de signature.

Je certifie :

- avoir compris le présent formulaire;
- avoir eu l'occasion de poser toutes mes questions et obtenu des réponses satisfaisantes;
- être libre d'accepter la communication de renseignements personnels me concernant entre Dre Marie-Andrée Bruneau et _____.

(Inscrire le nom du référent)

J'autorise Dre Marie-Andrée Bruneau à faire une téléconsultation.

J'autorise la communication de renseignements me concernant dans le but d'orienter les soins et services requis par mon état de santé. ☐ OUI ☐ NON

Signature de l'utilisateur ou de la personne autorisée _____ Nom (en lettres moulées) _____ Date ____/____/____

S'il s'agit d'une personne autorisée, préciser à quel titre : _____

Adresse de la personne autorisée _____ Code postal _____ No de téléphone _____

Témoin à la signature _____ Nom (en lettres moulées) _____ Date ____/____/____

Acheminez le formulaire de consentement avec le formulaire de demande de consultation par courriel : Marie-Andree.Bruneau.med@ssss.gouv.qc.ca