



CONSENT TO VIRTUAL CARE

CARE PATH : _____

Name :

First Name :

Date of Birth :

Health Insurance Number :

Name of the Mother :

First Name of the Mother :

Name of the Father :

First Name of the Father:

Virtual care is the delivery of health and social services at a distance using technology. They can involve virtual visit solutions, remote monitoring systems and technologies, and other IT solutions.

I, the undersigned, hereby _____ confirm that I have received the necessary information to sign this form attesting to my consent to virtual care.

In order for them to diagnose or perform the required follow-up remotely:

I understand that my treating physician or healthcare professional may receive or transmit the following required medical information electronically:

I understand that my tracking may also involve the use of one of the following connected **devices**:

I understand that, where applicable, my treating physician will receive a copy of the report resulting from the virtual care provided by the consulting physician or professional and that he or she will be responsible for applying the prescriptions and carrying out my medical follow-up in accordance with the prescribed recommendations.

I understand that in some cases, following virtual care, the physician or healthcare professional may deem it necessary to conduct an in-person examination. In such cases, I will be given the opportunity to decide whether or not to accept the offer of an appointment.

I understand that every effort will be made to ensure the security of images and medical information during electronic transmission and digital storage on servers located in Quebec. There are certain risks associated with the electronic transmission of information, such as breaches of confidentiality or the possibility of data loss, which I accept.

I understand that my information will be kept confidential and that only the following people will have access to it:

- The doctor(s) or healthcare professional(s) designated by the virtual service.
- The treating physician I consulted today.
- Any other professional whom I authorize in writing to have access.
- Authorized administrative staff and other specialists in the event of a need for medical advice or counsel.

I also agree that the information obtained during this virtual service will be used in a confidential manner for the purpose of evaluating the service and improving its quality. I understand that the information will not be used for any other purpose or disclosed to third parties.

Last Name and First Name:

File Number :

Duration of Consent

This consent is valid for the entire duration of my care period and services from the date I sign this form. I understand that this consent may be withdrawn verbally or in writing at any time by contacting the caregiver or professional who makes sure I receive the care I require.

Obtaining consent

- I consent to the use of telehealth as a means of receiving care and services required by my health condition.
- I confirm that I have understood and received the necessary explanations about telehealth.

In the user's presence

Date : _____ Signature : _____
yyyy/mm/dy User or Authorized Person

Date : _____ Signature : _____
yyyy/mm/dy Speaker or Professional

Remotely, verbally

As a professional or caregiver, I confirm that I have obtained verbal consent from the user before using telehealth as a means of receiving care and services.

Date : _____ Signature : _____
yyyy/mm/dy Speaker or Professional

Revoking Consent

- I hereby revoke my consent to the use of telehealth as a means of receiving my care and services.
- I understand that I will receive my care and services according to other terms agreed upon between me and my caregivers or professionals. These terms are as follows:

In the User's Presence

Date : _____ Signature : _____
yyyy/mm/dy User or Authorized Person

Date : _____ Signature : _____
yyyy/mm/dy Speaker or Professional

Remotely, verbally

As a professional or practitioner, I confirm that I have been verbally informed by the user of their desire to revoke consent for the use of telehealth as a means of receiving care and services.

Date : _____ Signature : _____
yyyy/mm/dy Speaker or Professional

GUIDE D'UTILISATION | FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AUX SOINS VIRTUELS

CONTEXTE

La prestation des soins virtuels au Québec nécessite un consentement éclairé de l'utilisateur qui peut être obtenu verbalement ou par écrit, mais dans les deux cas l'information doit être téléversée au dossier de l'utilisateur.

En complément du présent guide, une foire aux questions (FAQ) sur le formulaire de consentement aux soins virtuels est accessible sur le portail RQT à l'adresse suivante : telesantequebec.ca/professionnel/faq_consentement/. Cette FAQ offre des réponses aux questions des utilisateurs, facilitant ainsi l'utilisation et la compréhension du formulaire.

PRÉREQUIS À L'OBTENTION DU CONSENTEMENT DE L'USAGER

Le professionnel doit informer l'utilisateur :

- Des limites inhérentes à la dispensation de services à distance ou à la participation à une activité à distance ;
- Des moyens de communication qui pourront être utilisés et des risques que ces moyens peuvent comporter eu égard à la confidentialité des renseignements personnels ;
- Le cas échéant :
 - De l'endroit où elle pourra obtenir un suivi en présence ;
 - De l'enregistrement des communications effectuées.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AUX SOINS VIRTUELS

Le formulaire de consentement aux soins virtuels ci-joint est proposé aux professionnels de la santé qui peuvent l'utiliser tel quel, afin de documenter l'obtention du consentement de l'utilisateur. Les sections suivantes doivent être complétées conformément aux instructions suivantes :

1. Identification des **coordonnées** de l'utilisateur dans l'entête du formulaire.
2. Inscription de la **trajectoire de soins** dans laquelle la prestation de soins virtuels s'inscrit.
La trajectoire devrait préciser la spécialité et/ou condition médicale pour laquelle l'utilisateur requiert des soins ou encore le programme de soins dans lequel s'inscrit la prestation de soins virtuels.
Ex: Dermatologie, Douleurs chroniques ou Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM)
3. Précision sur les **renseignements médicaux** qui pourraient être **transmis électroniquement** pour la prestation de soins virtuels (*liste non exhaustive*):
 - Photos
 - Vidéos
 - Sondages
 - Questionnaires pré/post visite
 - Autres documents
4. Précision sur les **objets connectés** qui pourraient être utilisés pour la prestation de soins virtuels (*liste non exhaustive*):
 - Tensiomètre
 - Glucomètre
 - Oxymètre de pouls (saturomètre)
 - Spiromètre
 - Balances (pèse-personne)
 - Thermomètre
 - Stéthoscope électronique
 - Montre connectée
 - Capteur multimodal (*détecteur de chute, système de localisation, etc.*)

5. Signature du formulaire par le professionnel (et l'utilisateur si applicable)

N.B. : S'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer. Dans cette circonstance, demander une preuve du titre.

CONSENTEMENT PAR UNE TIERCE PERSONNE

Pour les cas suivants, le consentement pourrait être obtenu auprès d'une tierce personne selon l'article 12 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux qui stipule:

12. Les droits reconnus à toute personne dans la présente loi peuvent être exercés par un représentant.

Sont présumées être des représentants les personnes suivantes, selon les circonstances et sous réserve des priorités prévues au Code civil :

- 1° le titulaire de l'autorité parentale de l'utilisateur mineur ou le tuteur de cet utilisateur ;
- 2° le tuteur, le conjoint ou un proche parent de l'utilisateur majeur inapte ;
- 3° la personne autorisée par un mandat de protection donné par l'utilisateur antérieurement à son inaptitude ;
- 4° la personne qui démontre un intérêt particulier pour l'utilisateur majeur inapte.

SITUATIONS POUR LESQUELLES LE CONSENTEMENT EST NON REQUIS

Le consentement n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile.

CONSEILS AGRÉMENT CANADA

« Le consentement éclairé consiste à revoir les informations à l'égard des services de télésanté avec l'utilisateur, les personnes proches aidantes ou son mandataire; à l'informer des possibilités qui s'offrent à lui et à lui laisser le temps de réfléchir et de poser des questions avant de lui demander son consentement; à respecter ses droits, sa culture et ses valeurs, y compris son droit de refuser de donner son consentement à tout moment; et à consigner sa décision dans son dossier. L'utilisateur est informé de l'endroit où sont consignées ses données, conformément aux lois de la province ou du territoire. Une procédure normalisée permet d'obtenir le consentement d'un utilisateur au moment opportun. Le consentement est conforme à la norme de pratique des services de télésanté. Afin de donner son consentement éclairé, l'utilisateur doit être disposé à accepter le risque établi quant à la prestation d'un soin ou d'un service en mode télésanté. Le consentement peut être obtenu de manière verbale ou doit être consigné au dossier. »

Réf. : AGRÉMENT CANADA. Gouvernance, leadership et normes transversales. Art. 7.2.15, 247 p.