

CONSENTEMENT AUX SOINS VIRTUELS

TRAJECTOIRE DE SOINS : _____

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro d'assurance maladie :

Nom de la mère :

Prénom de la mère :

Nom du père :

Prénom du père :

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 solutions de visite virtuelle, 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 qu'il puisse poser un diagnostic ou réaliser les suivis requis à distance :

Je comprends que mon médecin ou professionnel de la santé traitant peut recevoir ou transmettre électroniquement les **renseignements médicaux** requis suivants :

Je comprends que mon suivi pourrait aussi impliquer l'utilisation d'un des **objets connectés** suivants :

Je comprends que dans certains cas, une copie du rapport de soins virtuels pourrait être transmise à un autre professionnel qui est ou sera impliqué dans mon équipe de soins.

Je comprends que dans certains cas, à la suite des soins virtuels, 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 comprends que tous les moyens seront mis en place afin d'assurer la sécurité des images et des renseignements médicaux lors de leur transmission électronique et leur entreposage, sous forme numérique, sur des serveurs situés au Canada. 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) médecins ou professionnels de la santé(s) désignés par le service virtuel ;
- Le médecin ou le professionnel de la santé traitant que j'ai consulté aujourd'hui ;
- Tout autre professionnel 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 médicaux.

Nom et Prénom :

N° de dossier :

Je consens également à ce que les renseignements obtenus durant ce service virtuel 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 de l'intervenant ou du professionnel qui assure mon suivi.

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 : _____ Signature : _____
aaaa/mm/jj Usager ou personne autorisée

Date : _____ Signature : _____
aaaa/mm/jj 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 services.

Date : _____ Signature : _____
aaaa/mm/jj 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. Ces modalités sont les suivantes :

☐ **En présence de l'utilisateur**

Date : _____ Signature : _____
aaaa/mm/jj Usager ou personne autorisée

Date : _____ Signature : _____
aaaa/mm/jj 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 services.

Date : _____ Signature : _____
aaaa/mm/jj Intervenant ou professionnel

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, Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM), médecine interne, médecine de famille, etc.
3. Précision sur les **renseignements médicaux** qui pourraient être **transmis électroniquement** pour la prestation de soins virtuels (*liste non exhaustive*):
 - Photos et vidéos
 - Questionnaires pré/post visite
 - Sondages
 - Autres documents
4. Précision sur les **objets connectés** qui pourraient être utilisés pour la prestation de soins virtuels (*liste non exhaustive*):
 - Tensiomètre
 - Thermomètre
 - Glucomètre
 - Stéthoscope électronique
 - Oxymètre de pouls (saturomètre)
 - Montre connectée
 - Spiromètre
 - Capteur multimodal (*détecteur de chute, système de localisation, etc.*)
 - Balances (pèse-personne)

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 usager ;
- 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 usager 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.