



## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA TÉLÉSANTÉ

**Certains soins ou services offerts au CISSS des Laurentides peuvent impliquer l'utilisation de la télésanté.**

- La télésanté, parfois aussi appelée télémédecine, signifie que le soin ou le service est offert à distance, en utilisant les technologies de l'information et des communications, par exemple un ordinateur, une tablette électronique, une application, un cellulaire, etc.
- La télésanté ne vise pas à remplacer totalement les soins et services offerts en présence. Elle est une option complémentaire et augmente les possibilités dans l'offre de soins et de services.

**Par la présente, je soussigné(e)** \_\_\_\_\_  
(NOM, PRÉNOM DE L'USAGER OU DE SON REPRÉSENTANT LÉGAL)

**Consens à utiliser la télésanté pour les soins et services requis par ma condition de santé.**

- ✓ Je reconnais avoir été informé(e) des avantages, des risques et des limites de la télésanté et je les comprends.
- ✓ Je comprends qu'il est possible d'annuler en tout temps mon consentement. De plus, je peux mettre fin à l'utilisation de la télésanté sans que ceci affecte mon droit futur d'obtenir des soins et services de santé.

### EN PRÉSENCE DE L'USAGER

_____	_____	_____
Nom de l'utilisateur ou de son représentant	Signature	aaaa/mm/jj

_____	_____	_____	_____
Nom de l'intervenant	Signature	Permis	aaaa/mm/jj

### À DISTANCE, DE FAÇON VERBALE

Comme médecin, professionnel ou intervenant, je confirme avoir obtenu le consentement verbal de l'utilisateur avant d'utiliser la télésanté dans le cadre de ses soins et services.

_____	_____	_____	_____
Nom de l'intervenant	Signature	Permis	aaaa/mm/jj

**SECTION À COMPLÉTER PAR L'INTERVENANT(E)<sup>1</sup>**

Nom du service impliqué et direction : \_\_\_\_\_

**Le service de télésanté implique :**

Des rencontres cliniques virtuelles (téléconsultation, téléintervention, télééducation)  
 individuelles  de groupe

La communication avec un établissement d'une autre région (ex. : téléexpertise, télécomparution) ou entre plus d'un site du CISSS des Laurentides (ex. : téléassistance, téléinterprétation).

Précisez le nom de l'établissement ou du site qui est à distance :

L'utilisation d'un objet connecté (ex. : stéthoscope électronique, oxymètre connecté, glucomètre connecté, électrocardiogramme (ECG) connecté, etc.)

Précisez lequel : \_\_\_\_\_

Une activité de télésanté où les données physiologiques ou cliniques de l'utilisateur sont relevées et suivies à distance (ex. : télésurveillance, télésoins à domicile).

**Afin que l'utilisateur donne son consentement libre et éclairé au soin ou au service de télésanté proposé, l'intervenant est responsable d'informer l'utilisateur des implications, risques, limites et avantages reliés à cette modalité. Ainsi, avant de signer le consentement, l'utilisateur doit avoir pris connaissance du feuillet explicatif sur la télésanté à l'intention des usagers et l'intervenant(e) doit avoir répondu à ses questions au besoin.**

**Autres formulaires à compléter :**

Le document « *Plan d'urgence pour rencontres virtuelles* », doit obligatoirement être complété avec l'utilisateur, pour toutes rencontres cliniques virtuelles (individuelles ou de groupe).

Le document « *Règles et conduites attendues pour le bon fonctionnement des rencontres cliniques virtuelles de groupe* », doit aussi être complété avec l'utilisateur (uniquement pour les rencontres de groupe).

<sup>1</sup> Le terme intervenant(e) inclut tout professionnel de la santé, médecins et stagiaires.