

Autorisation pour l'utilisation d'un moyen de communication électronique

DATE (année-mois-jour) :

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN OU LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

PRÉNOM :

NOM :

ADRESSE (numéro, rue et municipalité) :

PROVINCE :

CODE POSTAL :

COURRIEL (le cas échéant) :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (nécessaire pour le ou les services) :

Le médecin ou le professionnel de la santé offre la possibilité à l'utilisateur de communiquer avec lui à l'aide des moyens de communication électronique (ci-après « les services ») :

COURRIEL : OUI NON

VIDÉOCONFÉRENCE : OUI NON SI OUI, PRÉCISER : TEAMS ZOOM REACTS

SITE WEB/PORTAIL : OUI NON

MESSAGERIE TEXTE (y compris messagerie instantanée) : OUI NON

AUTRE, PRÉCISER :

ATTESTATION ET AUTORISATION DE L'USAGER

J'atteste, par la présente, avoir lu et pleinement compris les risques associés à l'utilisation des moyens de communication électronique, qui sont détaillés à la [page 3](#) de ce formulaire. Je comprends et j'accepte les risques qui y sont énumérés et qui sont associés à l'utilisation des services dans le cadre de communications avec le médecin ou les professionnels de la santé. Je consens aux conditions et me conformerai aux consignes qui y sont énumérées ainsi qu'à toute autre mesure que l'on pourrait imposer relativement à la communication avec des usagers utilisant les services.

Je reconnais et je comprends qu'en dépit de l'utilisation recommandée d'un logiciel de chiffrement comme système pour sécuriser les communications électroniques, il est possible que les communications avec le médecin ou les professionnels de la santé utilisant les services, ne soient pas chiffrées.

J'autorise, néanmoins, en pleine connaissance des risques, à communiquer avec le médecin ou les professionnels de la santé au moyen de ces services.

Je reconnais que le médecin ou les professionnels de la santé, ou moi-même, pouvons en tout temps, sur préavis écrit, mettre fin à l'option de communiquer au moyen des services.

Je reconnais, par ailleurs, avoir obtenu réponse à toutes mes questions.

NOM ET PRÉNOM DE L'USAGER :	
NOM ET PRÉNOM DU REPRÉSENTANT (le cas échéant) :	
ADRESSE DE L'USAGER (numéro, rue et municipalité) :	
PROVINCE :	CODE POSTAL :
TÉLÉPHONE AU DOMICILE DE L'USAGER :	TÉLÉPHONE CELLULAIRE DE L'USAGER :
COURRIEL DE L'USAGER (le cas échéant) :	
AUTRES RENSEIGNEMENTS REQUIS POUR COMMUNIQUER AU MOYEN DES SERVICES (le cas échéant) :	

X

SIGNATURE DE L'USAGER OU DE SON REPRÉSENTANT

DATE (année-mois-jour)

En l'absence de signature de l'utilisateur, je confirme avoir reçu le consentement verbal de l'utilisateur pour utiliser les services électroniques.

X

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

DATE (année-mois-jour)

Autorisation pour l'utilisation d'un moyen de communication électronique

DATE (année-mois-jour) :

Le médecin ou le professionnel de la santé utilisera des moyens raisonnables en vue de protéger la sécurité et la confidentialité des informations envoyées et reçues au moyen des services (le terme « services » est défini à la page 1 de ce formulaire). Cependant, en raison des risques mentionnés ci-dessous, le médecin ou le professionnel de la santé ne peut garantir la sécurité et la confidentialité des communications électroniques :

- Le recours aux communications électroniques pour discuter de renseignements délicats peut accroître le risque que de tels renseignements soient divulgués à des tiers non autorisés;
- En dépit d'efforts raisonnables pour protéger les renseignements personnels et assurer la sécurité des communications électroniques, il n'est pas possible de sécuriser totalement ces renseignements;
- Les employeurs et les services en ligne peuvent avoir un droit reconnu par la loi d'inspecter et de conserver les communications électroniques reçues et transmises par leur système;
- Les communications électroniques peuvent introduire un logiciel malveillant dans un système informatique risquant ainsi d'endommager l'ordinateur, le réseau informatique ou d'en perturber le fonctionnement;
- Les communications électroniques peuvent être réacheminées, interceptées, diffusées, mises en mémoire ou même modifiées sans que le médecin ou le professionnel de la santé ou l'utilisateur ne le sache ou ne l'ait autorisé;
- Même si l'expéditeur et le destinataire ont supprimé les messages électroniques, il peut y avoir des copies de sauvegarde sur un système informatique par lequel a transité le message;
- Les communications électroniques peuvent être divulguées en vertu d'une obligation de signalement ou d'une ordonnance du tribunal;
- Les services offerts par SkypeMC ou FaceTimeMD sont plus vulnérables aux interceptions que d'autres systèmes de visioconférence.

L'utilisation de courriels ou de messages texte comme moyen de communication électronique comporte les risques supplémentaires suivants :

- Les courriels, les messages texte et les messages instantanés peuvent être facilement réacheminés, ce qui augmente le risque d'envoi non intentionnel à un destinataire inconnu;
- Il est plus facile de falsifier un courriel, un message texte ou un message instantané qu'un document écrit à la main ou signé;
- Il est impossible de vérifier l'identité de l'expéditeur ou de s'assurer que seul le destinataire pourra lire le courriel une fois qu'il est envoyé.

Conditions d'utilisation des services :

- Bien que le médecin ou le professionnel de la santé s'efforce de lire et de répondre promptement aux communications électroniques, il ne peut pas garantir qu'il les lira ou y répondra dans un délai précis. Les services ne doivent donc pas être utilisés dans les cas d'urgence médicale ou d'autres situations devant être traitées rapidement;
- Si une communication électronique nécessite ou demande la réponse du médecin ou du professionnel de la santé et qu'aucune réponse n'est reçue dans un délai raisonnable, il incombe à l'utilisateur de faire un suivi afin de déterminer si le destinataire visé a bien reçu la communication, et à quel moment celui-ci y répondra;

- Les communications électroniques ne peuvent pas se substituer à une communication en personne, au téléphone ou aux examens cliniques, le cas échéant, ou encore à la consultation des urgences au besoin. Il appartient à l'utilisateur d'assurer le suivi des communications électroniques du médecin ou du professionnel de la santé et de prendre les rendez-vous qui s'imposent;
- Les communications électroniques relatives au diagnostic et au traitement peuvent être entièrement imprimées ou transcrites et faire partie du dossier médical. D'autres personnes ayant un droit d'accès au dossier médical peuvent également avoir accès à ces communications;
- Le médecin ou le professionnel de la santé peut réacheminer les communications électroniques à son personnel ou à d'autres intervenants concernés par la prestation et l'administration des soins. Le médecin ou le professionnel de la santé peut utiliser un ou plusieurs services pour communiquer avec ces intervenants. Cependant, le médecin ou le professionnel de la santé ne peut pas réacheminer des communications électroniques à des tiers, y compris les membres de la famille, sans avoir préalablement obtenu l'autorisation écrite de l'utilisateur, exception faite des cas autorisés ou exigés par la loi;
- Outre les sujets médicaux délicats mentionnés dans ce formulaire le soussigné accepte d'informer le médecin ou le professionnel de la santé de tout type de renseignement qu'il ne souhaite pas être abordé au moyen des services. L'utilisateur peut modifier cette liste en tout temps en avisant le médecin par écrit;
- Certains services pourraient ne pas être utilisés dans certaines situations thérapeutiques ou pour communiquer des renseignements cliniques. Le médecin ou le professionnel de la santé n'est pas responsable de la perte d'informations causée par des pannes techniques liées au logiciel ou au fournisseur de services Internet de l'utilisateur.

Instructions relatives à la communication au moyen des services

L'utilisateur qui communique avec son médecin ou le professionnel de la santé au moyen des services doit :

- Éviter autant que possible d'utiliser un ordinateur appartenant à son employeur ou à un tiers;
- Informer le médecin ou le professionnel de la santé de tout changement apporté à son courriel, son numéro de cellulaire ou tout renseignement requis pour l'utilisation des services.

Si les services incluent les courriels, les messages texte ou les messages instantanés, l'utilisateur doit :

- Inclure dans l'objet de la communication une description appropriée de la nature de la communication (ex. : « renouvellement d'ordonnance ») et son nom dans le corps du texte;
- S'assurer que le médecin ou le professionnel de la santé est informé qu'il a reçu un courriel de sa part (ex. : en envoyant une réponse ou en autorisant l'envoi automatique d'un accusé de lecture);
- Retirer son autorisation uniquement par courriel ou par écrit avec le médecin ou le professionnel de la santé;
- L'utilisateur qui a besoin d'assistance immédiate, ou dont l'état semble grave ou se détériore rapidement, ne doit pas communiquer avec le médecin ou le professionnel de la santé au moyen des services. Il doit plutôt appeler le médecin ou prendre d'autres mesures appropriées, comme se rendre au service d'urgence le plus proche.