

**CASS COUNTY HEALTH CLINIC  
CONSETEMENT À PARTICIPER À UN RENDEZ-VOUS DE TÉLÉMÉDECINE**

**Patient Nom:** \_\_\_\_\_ **Date De Naissance:** \_\_\_\_\_  
mm/dd/yyyy

Je comprends que mon médecin ou mon fournisseur de soins santé souhaite que je participe à une consultation de télémédecine.

1. Mon fournisseur de soins de santé m'a expliqué comment la technologie de vidéoconférence Doxy.me sera utilisée, une telle consultation ne sera pas la même chose qu'une visite directe du patient / fournisseur de soins de santé en raison du fait que je ne serai pas dans la même pièce que mon fournisseur de soins de santé.
2. Je comprends que cette technologie a des risques potentiels tels que : des interruptions de communication, un accès non autorisé et des difficultés techniques. Je comprends que mon fournisseur de soins de santé ou moi-même pouvons interrompre la consultation / visite de télémédecine s'il est estimé que les connexions de vidéoconférence Doxy.me ne sont pas adéquates pour la situation.
3. Je comprends que si des personnes autres que mon fournisseur de soins de santé sont présentes pendant la consultation, elles garderont la confidentialité des informations obtenues. Je comprends en outre que je serai informé de leur présence à la consultation et j'aurai donc le droit de demander ce qui suit: 1) omettre des détails spécifiques de mes antécédents médicaux / examen physique qui me sont sensibles et personnels; 2) demander au personnel non médical de quitter la salle d'examen de télémédecine; et ou 3) mettre fin à la consultation à tout moment.
4. Je me suis fait expliquer les alternatives à une consultation de télémédecine et j'ai choisi de participer à une consultation de télémédecine Doxy.me.
5. En cas d'urgence, je comprends que la responsabilité du spécialiste de la consultation en télémédecine est d'aviser mon docteur local, et la responsabilité du spécialiste se terminera à la fin de la connexion de vidéoconférence Doxy.me.
6. J'ai eu une conversation directe avec mon fournisseur de soins de santé au cours de laquelle j'ai eu l'occasion de poser des questions concernant la procédure. Mes questions ont été répondues et les risques, les avantages et toutes les alternatives pratiques ont été discutés avec moi dans une langue que je comprends.

**EN SIGNANT CE FORMULAIRE, JE CERTIFIE**

- Que j'ai lu ou que ce formulaire a été lu / et que ce formulaire m'a été expliqué.
- Que je comprends parfaitement son contenu, y compris les risques et les avantages de la ou des procédures.
- Qu'on m'a donné amplement l'occasion de poser des questions et que toutes les questions ont reçu une réponse à ma satisfaction.

Signature du patient: \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

\*Votre nom tapé ici constitue votre signature électronique

mm/dd/yyyy