

EXEMPLE DE CONSENTEMENT AUX COMMUNICATIONS DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS AU MOYEN DES TIC

Le présent formulaire de consentement vise à vous informer de l'utilisation que fait votre cabinet des technologies de l'information et de la communication (TIC) pour communiquer vos renseignements personnels à diverses personnes et entités, des risques inhérents à cette utilisation, et d'obtenir votre consentement libre et éclairé en lien avec cette utilisation.

Si vous avez une question ou des commentaires relatifs à ce consentement, n'hésitez pas à vous référer à Dre Mélanie Aumont, chiropraticienne, notre responsable de la protection des renseignements personnels.

Dans le but de favoriser la bonne communication et la collaboration intraprofessionnelle et interprofessionnelle entre les différents membres de notre équipe et les autres professionnels de la santé, nous utilisons les technologies de l'information et de la communication (ci-après TIC) en conformité avec les lois et règlements présentement en vigueur au Québec.

Communication de vos renseignements personnels

Dans notre cabinet, vos renseignements personnels sont recueillis et documentés à l'aide des logiciels Go Rendez-vous et Medexa afin d'assurer une bonne traçabilité des services rendus et des accès à vos renseignements effectués par les membres de notre équipe. Ces fournisseurs répondent aux plus hauts standards en matière de protection des renseignements personnels, ils sont d'ailleurs en attente de leur certification TGV ou ISO-27001 et vos renseignements personnels sont hébergés au Canada.

Dans notre cabinet, vos renseignements personnels peuvent être partagés via le Gmail/google afin de pouvoir échanger avec vous. Ce fournisseur répond aux plus hauts standards en matière de protection des renseignements personnels tel que le prouve les certifications SSAE 18, ISAE 3402 reçues respectivement en 2013 assurent l'hébergement de vos renseignements personnels sur le territoire canadien et garantissent un chiffrement suffisant de vos renseignements lorsqu'ils sont en transit et au repos.

Risque inhérent

Par la nature des communications via les TIC, il existe un risque inhérent que vos renseignements personnels puissent être interceptés lors d'une communication initiée par vous ou par un membre de notre cabinet.

C'est pourquoi notre cabinet communiquera seulement le strict minimum (reçus d'assurances, confirmations de rendez-vous) en ce qui a trait à vos renseignements personnels et le fera toujours en respect du présent consentement.

Bien que notre cabinet emploie les mesures nécessaires pour réduire au maximum les risques liés à la communication de renseignements personnels à destination ou en provenance de notre cabinet, elle ne peut pas garantir l'absence de risques lors de ces communications.

Personnes ayant accès à vos renseignements personnels

Seules les personnes suivantes peuvent recevoir des communications de notre équipe dans lesquelles peuvent se trouver des renseignements personnels :

- a. Vous;
- b. Les membres du personnel de notre cabinet en ayant besoin dans le cadre de leur emploi;
- c. Le tuteur légal du patient de moins de 14 ans;
- d. La liste des professionnels de la santé énumérés à la fin de ce consentement;
- e. Le tiers dont le travail nécessite un accès à certains renseignements, dont un fournisseur logiciel, la police ou une autre autorité compétente, si la loi le requiert.

Communication à un tiers

Notre cabinet pourrait être appelé à communiquer avec un tiers certains de vos renseignements personnels pour assurer le bon fonctionnement de ses opérations (ex. : pour réaliser des activités de maintenance au niveau d'un logiciel).

Lorsqu'une telle situation se présente, notre cabinet s'engage à faire signer à ce tiers un contrat de confidentialité et de propriété intellectuelle afin de s'assurer que vos renseignements personnels possèdent le même niveau de sécurité chez ce tiers que dans notre cabinet.

Si un tiers demande que soient communiqués certains de vos renseignements personnels, notre cabinet vous demandera votre consentement avant de procéder.

Enregistrement

Si vous désirez enregistrer vos communications avec notre cabinet pour les visionner de nouveau dans le futur, vous devez d'abord avoir le consentement de notre équipe. En contrepartie, notre cabinet s'engage à ne jamais enregistrer les communications effectuées avec vous sans votre consentement ni à partager ces enregistrements avec quiconque sans votre consentement.

Limites

Bien qu'il soit possible de réaliser plusieurs services à distance, certaines limites existent également, notamment en ce qui a trait à la palpation, aux tests de force musculaire ainsi qu'au niveau de certains tests neurologiques et orthopédiques. Il en va de même avec la thérapie manuelle dont vous pourriez bénéficier dans certaines situations, mais qu'il est impossible d'effectuer à distance.

Notre cabinet s'assurera que tout service fourni à distance permette d'atteindre une qualité de service au moins aussi élevée qu'un service fourni en présentiel. Si notre cabinet juge qu'une consultation en personne est plus appropriée et bénéfique pour vous, il vous en informera et vous invitera à prendre rendez-vous en présentiel.

Protocole d'urgence

Au début de chaque communication effectuée à distance avec un membre de notre cabinet, ce dernier vous demandera des informations ayant pour but de prévoir les étapes à effectuer en cas de panne de courant, de bris du système informatique, d'erreur, de force majeure, ou de problème de connexion ou de déconnexion imprévue. Ceci constitue ce que l'on appelle un protocole d'urgence. Cela permettra à notre cabinet de connaître votre position géographique précise, la présence d'une personne-ressource à proximité en cas de problème ou de panne, comment contacter cette personne, et les étapes à accomplir en cas de problèmes ou de panne.

Droit de retirer votre consentement

Vous pouvez retirer en tout temps votre consentement à la communication de vos renseignements en communiquant avec Dre Mélanie Aumont, chiropraticienne, notre responsable de la protection des renseignements personnels.

Mon consentement

Je déclare avoir lu et compris l'ensemble des dispositions en lien avec la communication de mes renseignements personnels au moyen des technologies de l'information (TIC).

Je consens de façon libre et éclairée à la communication de mes renseignements personnels au moyen des TIC suivants les modalités du présent consentement, et autorise le cabinet à communiquer mes renseignements personnels avec les professionnels de la santé suivants :

Nom du professionnel	Adresse du professionnel	Date
Nom du professionnel	Adresse du professionnel	Date
Nom du professionnel	Adresse du professionnel	Date
Nom du professionnel	Adresse du professionnel	Date
Nom du patient (en lettres majuscules)		
Signature du patient	Date	
Nom du responsable (en lettres majuscules)		
Signature du responsable	Date	