

FICHE DE CONSENTEMENT POUR ACTE DE TELEMEDECINE

Formulaire d'information et de consentement

Chère Résidente, Cher Résident,

Dans le cadre de votre hébergement, notre établissement vous propose de bénéficier de téléconsultations en Télémédecine. Pour cela il fait appel à des médecins spécialistes experts qui pourront intervenir à distance dans le cadre de votre prise en charge médicale.

Qu'est ce que la télémédecine ?

La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

La télémédecine permet d'améliorer les soins dont vous pourrez bénéficier au sein de notre établissement en évitant de vous déplacer.

L'exercice de la télémédecine est une pratique encadrée par la loi (**article L.6316-1 du Code de la Santé Publique et décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010**)

La confidentialité et la protection de vos données

La télémédecine nécessite un échange d'informations entre les professionnels qui participent à votre prise en charge en télémédecine.

Sauf opposition justifiée de votre part, les informations recueillies lors de vos actes de télémédecine feront l'objet d'un enregistrement informatique réservé à l'usage des professionnels qui participent à vos soins, sur place ou à distance.

Ces informations sont conservées dans un espace sécurisé garantissant toutes les exigences de confidentialité et de sécurité de vos données.

VOS DROITS

Tout acte de télémédecine requiert votre consentement.

Vous avez libre choix d'accepter ou non de bénéficier d'une prise en charge en télémédecine. Dans ce cas, il vous suffira de prévenir le médecin de notre établissement de votre souhait de ne pas bénéficier d'une prise en charge en télémédecine.

Vous pouvez exercer votre droit de liberté de choix du praticien en indiquant les noms des médecins que vous ne souhaitez pas voir intervenir dans votre parcours de soins.

Formulaire de consentement du Résident

Rempli par :

- le résident,
- le représentant légal
- la personne de confiance

Identification du résident :

Nom/Prénom :

.....
.....

Numéro de Sécurité Sociale :

.....
.....

Date de naissance :

Je soussigné(e)

NOM..... Prénom
.....

Né(e) le

Reconnais avoir été informé(e)
par.....
des objectifs de l'utilisation de la télémédecine dans
le cadre de ma prise en charge médicale.

Je reconnais avoir été informé(e) qu'aucun acte ou
aucun traitement ne peut être pratiqué sans mon
consentement libre et éclairé.

Je reconnais avoir reçu une note d'information
détaillée sur la télémédecine.

Je reconnais avoir été informé(e) que mes données
seront conservées dans le dossier patient
informatisé .

**Je consens donc à bénéficier d'une prise en charge
en Télémédecine lors de mon séjour et reconnais
la possibilité qui m'est réservée de retirer mon
consentement à tout moment.**

**Je consens au partage de mes données de santé
personnelles au sein de l'équipe de soins
participant à ma prise en charge en télémédecine**

Fait à Le

Signature :