



**CONSENTEMENT POUR L'UTILISATION DE  
COMMUNICATIONS ÉLECTRONIQUES ET  
AUDIO-VISUELLES, ET POUR RECEVOIR  
DES SOINS VIRTUELS**

Nom du client:

Identificateur:

- Je suis un client/mandataire d'un client de VHA Home HealthCare (VHA).
- Je comprends que c'est la politique de VHA de ne pas permettre aux fournisseurs de services de communiquer avec/pour leurs clients par méthodes électroniques. Ceci est lié au fait que la sécurité de leurs renseignements ne peut être garantie. Quand on utilise des méthodes électroniques pour communiquer, il y a un risque que des gens autres que moi et le personnel de VHA pourraient pirater intentionnellement, ou avoir accès par erreur, à ces communications. Je comprends aussi que certaines applications électroniques, incluant celles qui pourraient être utilisées par VHA, traitent leurs informations en dehors de l'Ontario et sont sujettes aux lois de ces autres juridictions.
- Je comprends que les fournisseurs de services de VHA pourraient communiquer avec moi à partir d'appareils électroniques personnels ou appartenant à VHA.
- Je comprends que VHA ne va enregistrer aucune partie de mes soins virtuels sans obtenir de consentement spécifiquement à cet égard.
- Je comprends que si j'ai besoin de premiers soins ou autres soins directs durant la provision de mes soins virtuel, VHA ne pourra pas fournir ces soins. Dans ce cas, il faudrait que je contacte le 9-1-1.

Cependant, je demande et donne mon consentement pour que mon/mes fournisseurs de soins de VHA puissent communiquer par méthode électronique, fournissent des soins virtuels et partagent mes renseignements personnels avec:

<input type="checkbox"/>	Moi, et/ou mon mandataire, utilisant la plateforme électronique de:  Microsoft Teams ou Ontario Telemedicine Network (OTN)  et m'envoie des courriels au: _____ <p style="text-align: center;">(courriel)</p>
--------------------------	--

Je confirme avoir lu et compris les déclarations ci-dessus et que le fournisseur des soins CSR a discuté des risques et des avantages des services offerts. Je confirme qu'il/elle a répondu à mes questions. Je consens à ce que CSR communique avec moi et/ou mon mandataire, en ce qui concerne mes renseignements personnels sur la santé et fournisse des soins virtuels en utilisant les communications électroniques et audio-visuelles ainsi que les soins virtuels mentionnés ci-dessus. Je comprends que je peux retirer mon consentement à tout moment.

_____ <i>Nom du client/ mandataire</i>	_____ <i>Signature du client/ mandataire</i>	_____ <i>Date (JJ/MM/AAAA)</i>
---	---	---------------------------------------

**RECOMMANDATIONS DE VHA POUR LA PROVISION DE SOINS VIRTUELS:**

- 1. Utilisez toujours une connexion internet privée et sécuritaire. Évitez les wifi gratuits ou publics.**
- 2. Considérez votre emplacement. Assurez-vous que les gens dans votre entourage ne puissent pas voir ou écouter votre conversation sans votre consentement.**
- 3. Ayez un plan secondaire en cas de difficulté ou d'échec technique.**