



**Équipe de santé familiale  
Clarence-Rockland  
Family Health Team**

**Consentement du patient pour la communication électronique**

---

En collaboration avec la société "Health Myself", nous avons créé une zone sécurisée et confidentielle sur internet appelée un "portail", qui vous permettra de communiquer électroniquement avec la clinique. Il n'y a aucun frais d'utilisation, aussi nous croyons que vous trouverez ce processus plus pratique que le téléphone.

Ce que vous serez capable de faire :

- Prendre ou modifier des rendez-vous en ligne pour vous-même et/ou les personnes à charge de votre famille,
- Nous envoyer des messages avec des pièces jointes (ex: documents, images...)

Ce que nous serons capable de faire:

- Vous confirmer votre prochain rendez-vous,
- Vous aviser si votre rendez-vous est modifié,
- Vous envoyer un message (ex: résultats de tests, formulaires complétés, un rendez-vous avec un spécialiste...).

En complément:

- 1) **IMPORTANT:** lorsque vous vous inscrivez au portail, nous communiquerons avec vous **UNIQUEMENT** par courriel sauf pour les urgences,
- 2) Nous recommandons à chaque personne âgée de 16 ans et plus de posséder une adresse courriel personnelle,
- 3) Notre objectif est de vous répondre dans un délai de **7 jours du lundi au vendredi**, mais en cas d'urgence, s'il-vous plaît appelez plutôt la clinique ou composez le 911,
- 4) Vous pouvez demander à être retiré du portail à tout moment,
- 5) En cas de modification future du portail, votre consentement restera valide.
- 6) Nous nous réservons le droit de vous retirer du portail en cas d'utilisation inappropriée.

*\*\*\* D'ici quelques jours vous recevrez un courriel vous demandant de vous inscrire sur le portail Si vous ne recevez pas ce courriel, s'il vous plaît vérifier votre dossier de courrier indésirable. S'il n'est pas dans votre dossier courrier indésirable, merci d'appeler la clinique. \*\*\**

**Consentement et accord du patient**

Je reconnais avoir lu et pleinement compris le document présent.

Adresse courriel: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ (svp écrire en caractères d'imprimerie)

Date de naissance: \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)

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

Pièce d'identité (type et #) \_\_\_\_\_ Témoin de la clinique: \_\_\_\_\_

Patient label:     
------------------------------------

Personnes à charge (0-15 ans ou procuration):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_