



CONSENTEMENT À LA COMMUNICATION

Patient Identification/label

J'autorise CHEO et/ou _____ à communiquer par les méthodes suivantes : _____
(l'équipe, le service, le professionnel de la santé)

- Courriel (adresse courriel : _____) Vidéoconférence Téléphone
- Text ou SMC (_____) Plateforme Internet _____
(Veuillez préciser)

Veillez lire attentivement ce qui suit :

Les patients ne devraient pas utiliser les courriels pour les communications urgentes.

À titre de patient, de tuteur légal ou de mandataire spécial, vous êtes responsable de veiller à la confidentialité de vos appareils personnels.

Je reconnais que le professionnel de la santé a le droit, avec préavis écrit, de cesser de communiquer par ces systèmes de télécommunication.

(Signature du ou de la patiente – 12 ans ou plus)

Date : _____

(Mandataire spécial)

(Témoin de l'identité et de la signature)

(Relation avec le ou la patiente)

Représentant(e) de CHEO : _____
(Nom en lettres moulées) (Signature)

Révocation du consentement à la communication

Je ne veux plus communiquer par : _____

(Signature du patient ou du tuteur légal)

(Signature du professionnel de la santé)

Date : _____

Date : _____