

Etiquette patient



La **Clinique ChirurgiVision Trois-Rivières inc.** recueille, utilise et communique, au besoin, les renseignements personnels et médicaux compris dans mon dossier clinique (identité, coordonnées, historique médical, examens et imageries, ordonnances, diagnostics, communications) afin d'assister les professionnels et leur personnel dans la prestation de soins et d'en assurer la qualité, la sécurité et la continuité.

Mon dossier est protégé par la loi et le secret professionnel. Seuls les professionnels appelés à intervenir dans mes soins et leur personnel autorisé peuvent y accéder dans le cadre de leurs fonctions. J'ai le droit d'y accéder et d'en demander la rectification, ainsi que de retirer mon consentement, sauf obligation légale contraire.

Utilisation et échanges internes

Par la présente, j'autorise les professionnels de la **Clinique ChirurgiVision Trois-Rivières inc.** et leur personnel à échanger entre eux mes renseignements personnels et médicaux (manuscrites, électroniques, photographies) nécessaires à la prestation et à la coordination de mes soins.

☐ Oui ☐ Non



Communication à des professionnels externes

Je consens à ce que mes renseignements soient communiqués, au besoin, à d'autres professionnels de la santé externes (optométriste, médecin de famille, spécialiste, pharmacien et autres) afin d'assurer la continuité et la qualité de mes soins.

☐ Oui ☐ Non

Nom du professionnel (le cas échéant)	Fonction	Téléphone

CONSENTEMENT À LA COLLECTE, À L'UTILISATION ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET MÉDICAUX

Ce consentement demeure valide pendant toute la durée du suivi à la clinique et pour une période de dix ans après la dernière consultation, conformément au Règlement sur la tenue des dossiers cliniques du *Collège des médecins du Québec*. Je peux retirer mon consentement en tout temps en adressant une demande écrite à la **Clinique ChirurgiVision Trois-Rivières inc.**, mais ce retrait pourrait limiter la capacité de la clinique à me fournir certains soins lorsque les renseignements sont nécessaires à leur prestation.

Il est entendu que toutes ces informations seront traitées de façon confidentielle et conformément aux principes décrits à l'énoncé relatif à la Protection des renseignements personnels disponibles sur le site web de la clinique au <https://www.chirurgivision.com/politique-de-confidentialite/>.

Déclaration

Je déclare avoir lu et compris les renseignements ci-dessus, et je consens à la collecte, à l'utilisation et à la communication de mes renseignements personnels et médicaux selon les conditions précisées.

Signature du patient : _____

Date : _____

Signature du représentant

légal (parent, tuteur autorisé) : _____

Date : _____

Cette autorisation est conforme à la Politique de confidentialité et à la Politique interne sur la protection des renseignements personnels de la **Clinique ChirurgiVision Trois-Rivières inc.**, disponibles sur demande ou à <https://www.chirurgivision.com/politique-de-confidentialite/>.