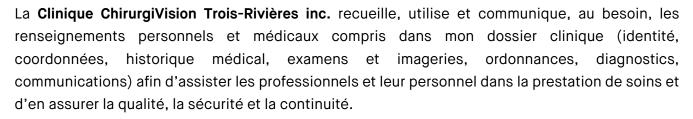


## CONSENTEMENT À LA COLLECTE, À L'UTILISATION ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET MÉDICAUX

Etiquette	patient
-----------	---------



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 <b>Clinique ChirurgiVision Trois-Rivières inc.</b> et le	ur
personnel à échanger entre eux mes renseignements personnels et médicaux (manuscrite	s,
électroniques, photographies) nécessaires à la prestation et à la coordination de mes soins.	

☐ Non

□ Oui

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	□ Nor	r					
Nom du professionnel (le cas échéant)	Fonction		-	Télénhone	2			



## 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 <a href="https://www.chirurgivision.com/politique-de-confidentialite/">https://www.chirurgivision.com/politique-de-confidentialite/</a>.

## **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/.