|  |  |
| --- | --- |
|  | **INFORMATION ET CONSENTEMENT PATIENT**  **Télémédecine** |

Madame, Monsieur

Votre équipe soignante (médecin, infirmier) souhaite bénéficier de l’expertise d’un spécialiste du Centre Hospitalier de Tréguier.

Nous avons la possibilité de bénéficier d’un dispositif de consultation à distance appelé télémédecine, qui évite un déplacement.

Nous communiquerons avec les infirmiers experts et les médecins spécialistes du CH de Tréguier à l’aide d’un réseau sécurisé qui garantit la confidentialité et la sécurité des images et du contenu de nos échanges.

Nous garantissons la confidentialité de ces informations personnelles qui vous concernent dans la cadre du secret médical partagé (Article L1110-4 du Code la santé Publique)

Nous sommes tenus par la Loi de vous demander de remplir la présente note, manifestant votre consentement libre et éclairé. Après l’avoir datée et signée, nous vous remercions de la transmettre à votre équipe soignante qui l’insèrera dans votre dossier médical.

Vous pourrez retirer votre consentement à tout moment sur simple demande.\_

Je soussigné(e),

Madame / Monsieur (Nom et prénoms) :……………………………………………………………………….

Né(e) le : ….. / ….. / 19 …..

Atteste avoir eu les informations lors de notre entretien du ...... / …... / 20…….. ,

Par ………………………………............ , concernant le principe et le fonctionnement de la consultation par télémédecine qui m’est proposée par le Centre Hospitalier de Tréguier.

Je donne mon accord pour cette téléconsultation. Signature

Information donnée au tuteur du patient : Oui Non

Le patient n’est pas en capacité de donner son consentement éclairé.

Constat réalisé le ..... / ….. / 20 ,

Par : …………………………………………………… Fonction : ……………………………… Signature

Information donnée au tuteur du patient : Oui Non

(Conserver un exemplaire et transmettre un exemplaire avec votre demande)