



CENTRE HOSPITALIER de NIORT

Emetteur : DUQREN

IMPRIME

CONSENTEMENT POUR UNE PRISE EN CHARGE PROGRAMMEE OU EN URGENCE PAR TELEMEDECINE

Lieu de classement : service de soins

GHT-TLM-IMP-001

Version n° 2
MAJ Date : 03/12/2020

Pagination : 1/2
(Arial 10)

Je, soussigné(e), M. Mme NOM.....Prénom.....

Né(e) le...../...../.....à.....

Je suis sous mesure de protection avec représentation relative à la personne oui non

Nom et coordonnées de la personne chargée de la mesure de protection.....

Atteste avoir été informé(e) le/...../..... par le professionnel de santé.....du service de

qui m'a expliqué les modalités de recours à la télémédecine lorsqu'une prise en charge sera nécessaire et proposée par le biais de la télémédecine, en programmée ou en urgence.

J'ai compris que :

- La téléconsultation est réalisée par voie de vidéotransmission : elle mobilise les technologies de l'information et de la communication et implique la transmission électronique de mes données médicales au spécialiste désigné
- Les données médicales et les examens associés sont transmis par voie électronique au spécialiste désigné
- Le compte rendu est enregistré dans mon dossier patient constitué par le spécialiste désigné
- Le secret médical est assuré par la sécurisation de la transmission des informations médicales, la conformité de la protection de mes données avec le règlement général sur la protection des données (RGPD) et la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé (PGSSI-S)
- La téléconsultation en urgence ou non ne se substituera pas à une consultation classique ou une hospitalisation si celle-ci est nécessaire
- Avant chaque réalisation de l'acte, sauf urgence, mon consentement sera à nouveau vérifié
- À tout moment je peux refuser de réaliser l'acte par télémédecine

RESIDENT	CHARGEE DE LA MESURE DE PROTECTION
<input type="checkbox"/> je reconnais avoir compris les informations qui m'ont été données <input type="checkbox"/> je consens à <input type="checkbox"/> je refuse l'utilisation de la télémédecine pour les urgences	<input type="checkbox"/> j'ai assisté la personne protégée pour sa décision à <input type="checkbox"/> j'autorise <input type="checkbox"/> je refuse l'utilisation de la télémédecine pour les urgences
<input type="checkbox"/> je reconnais avoir compris les informations qui m'ont été données <input type="checkbox"/> je consens à <input type="checkbox"/> je refuse la réalisation de consultations programmées par voie de télémédecine	<input type="checkbox"/> j'ai assisté la personne protégée pour sa décision à <input type="checkbox"/> j'autorise <input type="checkbox"/> je refuse la réalisation de consultations programmées par voie de télémédecine
Fait à.....le...../...../.....	Fait à.....le...../...../.....
Signature	Signature

Ma consultation médicale à distance

Les actes de télémedecine: sont des actes médicaux réalisés à distance au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication (article L6313-1 du code de la santé publique)

La télé expertise: Mon médecin peut demander l'avis à distance d'un médecin Expert sur ma prise en charge
Je dois donner mon accord après avoir été informé(e) de la procédure

la téléconsultation : c'est une consultation médicale à distance. Le patient et le médecin échangent en direct via des technologies de l'information et de la communication

La télé régulation : La régulation médicale est la réponse médicale apportée dans le cadre de l'activité des centres 15 (urgences).



- Eviter un déplacement
- Consulter plus rapidement et plus facilement



Les équipements:

- Ordinateur ou tablette
- caméra
- Enceinte
- Outils de télémedecine PARSYS



Déroulement de la télé consultation :

Avant:

- Je suis informé de l'acte et je donne mon consentement
- Mon médecin traitant est informé et aura donné son consentement pour les actes de télémedecine.
- Mon dossier médical et toutes les informations concernant mon état de santé sont envoyés au médecin Expert

Jour J :

- Je suis installé dans un lieu calme et confidentiel
- Je suis assis ou allongé
- je suis accompagné par un soignant et si je le souhaite par un membre de ma famille ou une personne de confiance
- On vérifie avec le soignant et le médecin Expert que je vois bien et que j'entends bien la vidéo transmission
- Je me dois de parler assez fort
- À la fin de l'acte, le médecin Expert m'informera de la prise en charge

Après:

- L'ordonnance et le compte rendu seront envoyés via un circuit sécurisé à mon médecin traitant, aux infirmières et médecin coordonnateur de l'EHPAD



Remboursements:

- Les modalités de remboursements sont les mêmes que pour une consultation classique
- Les téléconsultations facturables sont facturées comme des consultations en face à face.



Mes droits et la sécurité des données:

- Mon consentement est obligatoire pour les téléconsultations, les télé expertises et la télé régulation
- Le secret médical est assuré
- Mes données personnelles sont protégées
- Mon DMP pourra être alimenté par mon médecin traitant ou le médecin Expert.