CONSENTEMENT POUR DES SERVICES TÉLÉPSYCHOLOGIQUES / INTERVENTION À DISTANCE

Avant de recourir aux services de vidéoconférence, nous avons discuté et convenu des points suivants :

* Il existe des avantages et des risques potentiels à la vidéoconférence (par exemple, des limites à la confidentialité) qui sont différents de ceux liés aux rencontres en personne.
* La confidentialité s'applique toujours aux services de télépsychologie ; il est convenu que personne n'enregistrera la rencontre sans la permission des autres personnes.
* J’accepte d'utiliser la plateforme de visioconférence sélectionnée pour nos rencontres virtuelles ; le clinicien m’expliquera comment l'utiliser.
* Je comprends que je devrai utiliser une caméra (*webcam*) ou un téléphone intelligent pour la rencontre.
* Je comprends que je devrai être dans un espace calme et privé, exempt de distractions pendant la rencontre.
* Je comprends que je devrai utiliser une connexion Internet fiable et non une connexion Wi-Fi publique / gratuite.
* Je comprends que je devrai être à l'heure. Si je dois annuler ou modifier mon rendez-vous téléphonique, j’en informerai le clinicien à l'avance par téléphone ou par e-mail, selon la politique de la clinique (24 heures de préavis).
* Je consens à mettre en place, avec le clinicien, un plan de sauvegarde (par exemple, le numéro de téléphone où je peux être joint) pour reprendre la rencontre en cas de problèmes techniques.
* Je consens à mettre en place, avec le clinicien, un plan de sécurité qui comprend au moins un contact d'urgence et le service d’urgence le plus proche de mon emplacement, en cas de situation de crise.
* Je comprends que mon clinicien peut décider qu’en raison de certaines circonstances, la télépsychologie n'est plus appropriée et que nous devrions reprendre nos séances en personne.

Nom du clinicien et signature :

Nom du patient et signature du patient/parent :

Date:

**Nom du patient :**

Adresse complète du patient :

Numéro de téléphone du patient :

**Nom d’un parent :**

Adresse complète :

Numéro de téléphone :

**Nom d’un deuxième parent :**

Adresse complète :

Numéro de téléphone :

**Nom de votre médecin traitant :**

Adresse :

Numéro de telephone :

**Institution offrant des services d’urgence dans votre région rapprochée :**

Nom :

Numéro de telephone :