



BEYOU Clinique

**CONSETEMENTS ÉCLAIRÉ AUX SOINS ET SERVICES DE CONSULTATION MÉDICALE AVEC
COLLABORATION D'ÉQUIPE EXTERNE ET VISIOCONFÉRENCE.**

Je comprends et suis conscient(e) que la Clinique Be You Inc. propose des consultations médicales en collaboration avec une équipe médicale externe, dans le but d'augmenter l'accessibilité aux soins tout en respectant les champs de pratique de chaque professionnel de la clinique. J'accepte et consens à être vu(e) par un médecin par visioconférence pour obtenir un diagnostic, une prescription médicale, un traitement et/ou tout acte médical requis pour ma santé. Je comprends que le médecin ne sera pas physiquement présent. Je comprends que les médecins et les infirmières praticiennes spécialisées font partie du corps médical sous-traitant et indépendant de Clinique BeYou Inc. Je comprends que la clinique ne peut se tenir responsable des oublies, des manquements ou délais en provenance de l'équipe médicale. Je comprends que l'équipe médicale possède les compétences et les certifications requises au Québec pour établir des diagnostics, prescrire des médicaments et recommander des traitements.

Je comprends que Clinique BeYou Inc. utilise des modalités de télésanté et a recours à tous les moyens technologiques possibles pour contrer les risques de bris de confidentialité et/ou de perte de définition des images lors de transmission électronique de ces renseignements confidentiels.

Je comprends que Be You Clinique Inc. peut communiquer avec un autre partenaire en santé avec votre consentement tout en assurant la confidentialité des renseignements personnels.

Je comprends que les notes relatives à la dispensation des soins et tout autre document lié aux soins et services que je reçois incluant des photos, sont conservées dans mon dossier usager, conformément aux lois en vigueur.

Je comprends que la personne concernée, peu importe son âge, doit être présente pendant la consultation.

Je comprends qu'il est possible que je doive être accompagné (e) d'une tierce personne et que le cas échéant, je dois consentir à sa présence et son identité doit être validée.

Je comprends que les professionnels de Be You Clinique Inc ne sont pas responsables de la perte d'information causée par des pannes techniques liées au logiciel/ ou service internet.

Je reconnais avoir reçu des réponses à toutes mes questions relatives à la télésanté.

Je comprends qu'il est possible d'annuler en tout temps mon consentement.

Nom _____ Prénom _____

Signature : _____ Date _____