ACCORD ET CONFIDENTIALITÉ DU PATIENT / CLIENT / PARENT

TéléORL Guinée — télémédecine spécialisée en oto-rhino-laryngologie (ORL)

1. Présentation de TéléORL Guinée

TéléORL Guinée est une initiative de télémédecine spécialisée en oto-rhino-laryngologie (ORL), destinée à faciliter l'accès des patients aux soins et à l'expertise ORL, notamment à distance.

La plateforme met en relation patients, professionnels de santé et spécialistes ORL, afin de favoriser une prise en charge rapide, accessible et adaptée aux besoins du patient.

Elle s'appuie sur les technologies numériques pour permettre la téléconsultation, la téléexpertise, le télésoin et la téléassistance, ainsi que le partage sécurisé de données cliniques, de photographies, de vidéos et, lorsque cela est indiqué, d'images issues d'examens ORL, avec le consentement du patient/client.

L'objectif est de réduire les difficultés d'accès aux spécialistes, d'améliorer l'orientation des patients, de faciliter le suivi des maladies ORL et de renforcer la collaboration entre médecins généralistes, autres professionnels de santé et spécialistes ORL.

« TéléORL Guinée : rapprocher l'expertise ORL du patient grâce à la télémédecine »

2. Objet du consentement

Je reconnais avoir reçu des informations compréhensibles concernant la possibilité de bénéficier d'un ou de plusieurs actes de télémédecine proposés par TéléORL Guinée, notamment :

- **Téléconsultation** : consultation médicale ou de santé réalisée à distance au moyen d'un dispositif de communication audiovisuelle.
- **Téléexpertise** : sollicitation à distance de l'avis d'un ou de plusieurs professionnels de santé par un autre professionnel de santé, concernant ma situation clinique.
- **Télésoin** : réalisation à distance d'un acte de soin ou d'un accompagnement par un professionnel de santé habilité, lorsque la situation le permet.
- **Téléassistance** : assistance à distance d'un professionnel de santé par un autre professionnel de santé lors de la réalisation d'un acte ou de la prise en charge d'un patient.

Je comprends que le recours à ces modalités dépend de ma situation clinique, des moyens techniques disponibles et de l'appréciation du ou des professionnels de santé concernés.

3. Information sur le déroulement

À l'issue des informations ci-dessus, je comprends :

- la nature et l'objectif de l'acte de télémédecine proposé ;
- les modalités pratiques de réalisation de l'acte ;
- les bénéfices attendus ;
- les limites de l'examen ou du soin à distance ;
- les éventuels risques, contraintes ou difficultés liés à l'utilisation des technologies de communication ;
- les éventuelles alternatives, notamment une consultation ou une prise en charge en présentiel lorsque celle-ci est nécessaire ;

- les circonstances dans lesquelles une consultation physique, un examen complémentaire ou une orientation vers un autre professionnel ou établissement peut être nécessaire.

4. Consentement à la télémédecine / télésanté

Après avoir reçu ces informations, je consens librement et volontairement à bénéficier des actes de télémédecine qui me seront proposés selon ma situation.

Je comprends notamment que :

- la qualité de la prise en charge peut être limitée par les conditions techniques de communication, notamment la qualité du réseau, du son ou de l'image ;
- certains examens, diagnostics ou soins peuvent nécessiter une consultation en présentiel ;
- le professionnel de santé peut interrompre ou reporter l'acte à distance s'il estime que cette modalité n'est pas adaptée à ma situation ;
- je peux poser des questions et demander des explications complémentaires à tout moment ;
- je peux refuser ou interrompre la téléconsultation, le télésoin ou tout autre acte à distance, sous réserve des conséquences médicales qui pourront m'être expliquées par le professionnel de santé ;
- lorsque cela est médicalement nécessaire, je pourrai être orienté(e) vers une consultation en présentiel, un service d'urgence ou un autre professionnel de santé.

5. Photographies et vidéos à visée curative et préventive

Dans le cadre de ma prise en charge, il peut être nécessaire de réaliser ou de transmettre des photographies, vidéos ou autres supports audiovisuels de certaines parties de mon corps ou de certains éléments cliniques. Ces images ou vidéos peuvent notamment être utilisées pour :

- apprécier l'évolution d'une lésion ou d'une affection ;
- faciliter le diagnostic ou l'orientation diagnostique ;
- assurer le suivi de l'évolution de mon état de santé ;
- permettre un avis ou une téléexpertise auprès d'un autre professionnel de santé ;
- guider ou assister à distance un professionnel de santé ;
- documenter les soins réalisés et leur évolution ;
- comparer l'état clinique avant, pendant et après un traitement ou un soin ;
- améliorer la continuité et la qualité de ma prise en charge.

Je comprends que ces photographies ou vidéos sont recueillies dans un objectif exclusivement lié à ma prise en charge curative et préventive, sauf si je donne ultérieurement un consentement distinct pour une autre utilisation.

Consentement à la prise et à l'utilisation des images à visée curative et préventive

☐ J'autorise la prise de photographies et/ou de vidéos nécessaires à ma prise en charge.

☐ J'autorise leur utilisation et leur transmission aux professionnels de santé directement impliqués dans ma prise en charge, notamment dans le cadre d'une téléexpertise ou d'une téléassistance.

Ce consentement est distinct et facultatif : il se donne ou se retire à tout moment depuis mon profil. Je comprends que le refus de photographies ou de vidéos peut, dans certaines situations, limiter la possibilité de réaliser certains actes de télémédecine ou la qualité du suivi à distance. Le professionnel de santé m'en expliquera les conséquences dans mon cas particulier.

6. Confidentialité et protection des données

Je suis conscient(e) que les informations recueillies dans le cadre de ma prise en charge, y compris, lorsque cela est nécessaire, mes photographies et vidéos, constituent des données relatives à ma santé et doivent faire l'objet de mesures appropriées de confidentialité et de protection.

Ces informations sont destinées aux professionnels de santé et aux personnes légalement habilitées qui interviennent dans ma prise en charge, dans la limite de ce qui est nécessaire à celle-ci. L'administration de la plateforme n'y accède que pour assurer le fonctionnement, la sécurité et la qualité du service, et reste tenue à la confidentialité.

Je comprends que les échanges peuvent comporter des données personnelles et médicales et que des mesures techniques et organisationnelles sont mises en œuvre pour assurer leur confidentialité et leur sécurité, notamment :

- l'identification de chaque utilisateur par mot de passe et code de vérification à usage unique (application d'authentification ou SMS) ;
- le chiffrement des échanges entre mon appareil et la plateforme ;
- des accès aux dossiers limités aux professionnels ayant un lien de soin avec moi ;
- la journalisation des accès et des modifications, permettant de détecter tout usage anormal ;
- un registre des incidents de confidentialité, examinés et traités par l'administration.

Lorsque des photographies ou vidéos sont nécessaires à ma prise en charge, elles sont conservées, utilisées et protégées conformément aux règles professionnelles, médicales et de protection des données applicables. Mes données de santé sont conservées le temps nécessaire à ma prise en charge et à la continuité des soins, dans le respect des obligations légales de conservation.

Mes droits

Je peux à tout moment demander à accéder à mes données, à les faire rectifier, à m'opposer à certains traitements lorsque la réglementation le permet, ou à retirer mon consentement, en m'adressant à l'administration de la plateforme. Je peux également signaler toute difficulté ou tout incident de confidentialité depuis la rubrique « Réclamation / signalement » de mon espace.

7. Utilisations non curatives

Le présent consentement n'autorise pas automatiquement l'utilisation de mes photographies ou vidéos :

- à des fins publicitaires ou commerciales ;
- pour une publication sur Internet ou sur les réseaux sociaux ;
- pour une publication dans la presse ;
- pour toute autre utilisation étrangère à ma prise en charge.

Toute utilisation de mes photographies ou vidéos à l'une de ces fins doit, lorsque cela est requis, faire l'objet d'une information et d'un consentement spécifiques et distincts, conformément aux règles applicables.

8. Consentement libre, éclairé et révocable

Je déclare avoir compris les informations mentionnées dans le présent document et avoir eu la possibilité de poser mes questions.

Mon consentement est libre et éclairé. Je peux le retirer à tout moment, sans avoir à me justifier et sans que cela ne remette en cause la qualité de ma prise en charge, dans les limites prévues par la réglementation

applicable. Le retrait du consentement n'a d'effet que pour l'avenir.

9. Patient mineur ou placé sous protection

Lorsque le patient est mineur ou ne peut exprimer seul son consentement, le présent accord est donné par son parent, son tuteur ou son représentant légal, qui déclare agir dans l'intérêt du patient. Le patient est associé à la décision selon son degré de maturité.

10. Urgences

Important. TéléORL Guinée n'est pas un service d'urgence. En cas de difficulté importante à respirer ou à avaler, de saignement abondant, de perte de connaissance ou de toute situation mettant la vie en danger, contactez immédiatement le SAMU ou rendez-vous au service d'urgence le plus proche (rubrique « Pharmacies & services de santé » > SAMU).

11. Déclaration et validation

Je (nous) certifie (certifions) :

- ☐ avoir reçu une information claire et compréhensible ;
- ☐ avoir compris les objectifs, modalités, bénéfices, limites et risques éventuels de la télémédecine proposée ;
- ☐ avoir été informé(e) de la possibilité qu'une prise en charge en présentiel soit nécessaire ;
- ☐ consentir librement à la réalisation du ou des actes de télémédecine décrits dans le présent document ;
- ☐ avoir été informé(e) de la prise et de l'utilisation éventuelle de photographies et/ou vidéos à des fins curatives et/ou préventives ;
- ☐ consentir à l'utilisation de ces photographies et/ou vidéos dans les conditions définies dans le présent document, si j'ai choisi de l'autoriser.

Je (nous) valide (validons) le présent accord en cochant la case d'acceptation puis en cliquant sur « Accepter » : ma validation est enregistrée avec la date, l'heure et la version du document.

Pour un usage sur support papier

Sur la plateforme, l'accord est validé électroniquement. Ce cadre ne sert que si le présent document est signé sur papier.

Nom et prénom : _____

Qualité (patient / parent / tuteur) : _____

Fait à : _____ le : _____

Signature :