

CONSENTEMENT AU COURRIER ÉLECTRONIQUE

Nom: _____

Adresse: _____

Courriel : _____

Pour les besoins de ce formulaire, 'clinicien(ne)' réfère à l'individu assigné au client pour les services de réadaptation offerts par CommuniCare Therapy Inc.

LES RISQUES DU COURRIER ÉLECTRONIQUE

CommuniCare Therapy Inc. offre à nos clients l'opportunité de communiquer avec les clinicien(ne)s par courriel sur une base limitée.

Il y a des risques à utiliser les courriels. Ceux-ci incluent:

- Les courriels peuvent être circulés, envoyés aux autres et gardés sur papier ou sur ordinateur.
- Il est facile d'envoyer un courriel à la mauvaise personne.
- Des copies peuvent demeurer même après que l'expéditeur et le destinataire ont supprimé leurs copies.
- La transmission des courriels n'est pas sécuritaire et peut être volée, envoyée aux autres et regardée sans avertissement.
- Les courriels peuvent être utilisés pour introduire un virus informatique.
- Un courriel peut être utilisé comme évidence au tribunal.

LES CONDITIONS POUR ÉCHANGER LES COURRIELS

CommuniCare Therapy Inc. utilise des méthodes raisonnables afin de protéger la sécurité/confidentialité de l'information envoyée et reçue par courriel.

Toutefois, à cause des risques décrits ci-haut, **nous ne pouvons pas garantir la sécurité de la communication par courriel et nous ne seront pas tenu coupables pour la divulgation inappropriée de l'information confidentielle provoquée par les courriels pour la communication.**

Pour donner consentement à l'utilisation des courriels, il faut être d'accord avec les conditions suivantes:

- a. Tout courrier électronique d'un(e) client(e) concernant le traitement sera imprimé et ajouté au dossier médical du client/de la cliente. Puisqu'inclus au dossier médical, il se peut que d'autre personnel autorisé puisse voir le courriel; ceci inclus les clinicien(ne)s, des gestionnaires de facturation, ainsi que d'autres personnes autorisées.
- b. CommuniCare Therapy Inc. ou les clinicien(ne)s peuvent transmettre les courriels

à l'interne au personnel et à d'autres clinicien(ne)s au besoin. Toutefois, le personnel et les clinicien(ne)s de CommuniCare Therapy Inc. ne transmettront pas les courriels à des tiers externes sans le consentement du client, sauf dans les cas autorisés par la loi ou l'obligation contractuelle

- c. **Le courrier électronique ne peut pas être utilisé pour des raisons de temps, telles que l'annulation de rendez-vous, les urgences médicales, etc.**
- d. L'échange de courriels doit cesser lorsque le/la client(e) reçoit son congé du service. Tout(e) client(e) ayant besoin de services supplémentaires ou renouvelés doit contacter la source de référence appropriée.
- e. **Il est toujours possible que le courriel ne soit pas reçu – Le client doit suivre par téléphone avec CommuniCare Therapy si aucune réponse n'est reçue.**
- f. **Le courrier électronique NE DOIT PAS être utilisé pour communiquer des informations sensibles ou personnelles car le courrier électronique n'est pas sécurisé.**
- g. Le courrier électronique ne peut être utilisé pour une raison illégale ou contraire à l'éthique et ne doit contenir aucun langage ou contenu offensant ou inapproprié
- h. Le/la client(e) tiendra indemne CommuniCare Therapy Inc. et ses clinicien(ne)s, propriétaires et employé(e)s de toute mauvaise utilisation du courrier électronique une fois envoyé depuis le bureau.

INSTRUCTIONS

Pour communiquer par courriel, le/la client(e) doit :

- a. Informer le/la clinicien(ne) des changements dans l'adresse du courriel.
- b. Inclure son nom (nom du client/de la cliente) dans le sujet ou le corps du courriel.
- c. Inclure le sujet du courriel dans la ligne de sujet.
- d. Ne pas inclure d'information sensible dans un courriel.
- e. Prendre des mesures pour sécuriser ses courriels, tels que les économiseurs d'écran et la protection du mot de passe de son ordinateur.
- f. Retirer son consentement uniquement par courriel ou communication écrite au fournisseur.

En signant ce formulaire: J'ai lu et compris le formulaire de consentement. Je comprends qu'il y a des risques associés à l'utilisation du courrier électronique pour communiquer avec CommuniCare Therapy Inc. Je consens aux conditions d'utilisation et j'accepte les instructions décrites ci-haut. Toutes les questions que j'ai pu avoir ont été répondues.

Signature: _____

Date: _____