FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR L'UTILISATION D'AUTOCART.AI

POUR _____ (« Clinique »)

La Clinique souhaite utiliser une application de création de dossiers automatisée (l'« Application »), Autochart.ai, qui enregistre l'interaction entre le praticien de la santé (« Praticien ») et le Patient pendant les examens (l'« Enregistrement vocal ») pour améliorer l'efficacité de la documentation clinique et aider l'équipe clinique à traiter les tâches de suivi plus rapidement.

L'application enregistre uniquement l'audio et la date, synthétise le contenu pour votre dossier médical, puis supprime les enregistrements. La transcription synthétisée est utilisée exclusivement à des fins de consignation.

La Clinique s'engage à protéger votre vie privée grâce à des mesures de sécurité rigoureuses et en ne conservant que les données essentielles à la prestation de ses services. L'application Autochart.ai est conforme aux lois applicables en matière de protection de la vie privée et les données qu'elle collecte demeurent au Canada.

Votre participation est entièrement volontaire. Votre refus de participer n'affectera pas votre accès aux services médicaux de la Clinique. Vous reconnaissez avoir le droit de retirer votre consentement à tout moment, sans que cela n'ait d'impact négatif sur votre traitement.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ:

Moi, Nom du patient (veuillez écrire en lettres moulées): _____ (le « Patient »), confirm that I have read, understood, and I

Consentement à ce que la Clinique puisse utiliser l'Application pour capturer un enregistrement vocal de mon interaction avec le Praticien qui sera transcrit et utilisé pour mes dossiers médicaux.

Je ne consens pas à ce que la Clinique capture un enregistrement vocal de mon interaction avec le Praticien

Signature du patient: _____ Date: _____

Si le patient n'a pas atteint l'âge légal du consentement ou n'est pas en mesure de donner son consentement éclairé, un parent ou un tuteur légal doit signer ci-dessous, indiquant l'approbation de ce parent ou tuteur légal au nom du patient.

Nom du parent/tuteur: _____ Relation: _____

Signature du parent/tuteur: _____ **Date:** _____