

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Enregistrement audio et prise de photo (langue)

1. IDENTIFICATION DU PATIENT / DE LA PATIENTE

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

No de téléphone : _____

2. IDENTIFICATION DE L'ACUPUNCTEUR / ACUPUNCTRICE

Nom : _____

Prénom : _____

No de membre OAQ : _____

Clinique : _____

3. NATURE ET OBJET DU CONSENTEMENT

Je soussigné(e), patient(e) identifié(e) ci-dessus, consens librement et de façon éclairée à ce que l'acupuncteur(trice) traitant(e) procède aux collectes de données suivantes dans le cadre de mon suivi clinique :

■ **Enregistrement audio** de la consultation ou de portions de celle-ci, à des fins cliniques.

■ **Prise de photo de ma langue**, à des fins d'examen clinique en médecine traditionnelle chinoise.

Raison de la collecte : _____

4. PROTECTION ET CONSERVATION DES DONNÉES

Les enregistrements audio et photographies ainsi collectés sont considérés comme faisant partie intégrante du **dossier d'acupuncture** du patient ou de la patiente. À ce titre, ils sont soumis aux mêmes exigences légales et déontologiques que l'ensemble du dossier, notamment :

- Conservation sécuritaire et confidentielle, dans un lieu non accessible au public (art. 4.1 du Règlement sur les effets, les cabinets et autres bureaux des acupuncteurs).
- Accès limité à l'acupuncteur(trice) traitant(e) et aux personnes expressément autorisées.
- Conservation pour une période minimale de **5 ans** suivant la dernière inscription au dossier (art. 9 du Règlement).
- **Destruction au même moment que le dossier du patient**, de façon confidentielle et sécuritaire rendant toute reconstitution impossible (déchiquetage, effacement permanent des données numériques, etc.).

5. DROITS DU PATIENT / DE LA PATIENTE

Je comprends que je peux, en tout temps et sans préjudice :

- Retirer mon consentement, par avis écrit ou verbal à l'acupuncteur(trice) traitant(e).
- Demander l'accès aux enregistrements et photos me concernant, dans un délai de 20 jours.
- Demander la correction ou la destruction anticipée de ces données.

6. CONSENTEMENT ET SIGNATURE

En signant ce formulaire, je confirme avoir reçu et compris les explications ci-dessus. Mon consentement est donné librement, sans contrainte.

Signature du patient / de la patiente :

Date :

____ / ____ / ____

Signature de la personne habilitée (si mineur ou inapte) :

Titre / lien avec le patient :

Signature de l'acupuncteur(trice) traitant(e) : _____ **Date :** ____ / ____ /

*Ce formulaire doit être versé au dossier du patient ou de la patiente. Une copie peut être remise au patient sur demande.
Réf. : Règlement sur les effets, les cabinets et autres bureaux des acupuncteurs (A-5.1, r. 5) — OAQ.*