



Consentement — enregistrement audio et photo de la langue



Consentement à l'enregistrement audio et à la prise de photo de la langue

Acupuncture HomeostaQi

1. Identification du patient

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ (j / m / a) Téléphone : _____

2. Identification de l'acupuncteur traitant

Nom : Daniel Simoneau Drolet No de permis OAQ : A-011-26

Pratique : Acupuncture HomeostaQi — visites à domicile, région de Québec

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 traitant 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 (MTC).

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. 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 traitant 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

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

- Retirer mon consentement, par avis écrit ou verbal à l'acupuncteur traitant.
- Demander l'accès aux enregistrements et photos me concernant, dans un délai de 30 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 de moins de 14 ans ou inapte) : _____

Titre / lien avec le patient : _____

Signature de l'acupuncteur traitant : _____ Date : ____ / ____ / ____

Ce formulaire doit être versé au dossier du patient. Une copie peut être remise sur demande.

Réf. : Règlement sur les effets, les cabinets et autres bureaux des acupuncteurs (A-5.1, r. 5) — Ordre des acupuncteurs du Québec.