

COVID-19 – CONSENTEMENT AU TRAITEMENT

Remarque : Si vous décidez de vous inspirer de ce modèle pour créer votre formulaire, ne vous en servez que comme point de départ pour avoir une discussion éclairée avec votre patient au sujet de la prestation de services de santé durant la pandémie de COVID-19. Pensez à les adapter ou à les modifier en fonction de votre patient et des lois, règlements et directives en vigueur dans votre province ou territoire.

Renseignements sur le fournisseur de services de santé

Nom:

_____ (le « Fournisseur »)

Nom de la clinique/de l'entreprise (s'il y a lieu) :

_____ (l'« Établissement »)

Renseignements sur le patient

Nom:

_____ Adresse: _____

Je reconnais par les présentes que j'ai accepté de rencontrer le Fournisseur à l'Établissement dans le but de recevoir _____ (les « Services »).

J'accepte de rencontrer le Fournisseur et de recevoir les Services, et je suis conscient(e) de ce qui suit :

1. Je reconnais et accepte que ma présence dans l'Établissement implique un risque d'exposition au coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2, le virus responsable de la COVID-19 (ci-après la « COVID-19 »). Je reconnais et accepte que je pourrais être exposé(e) à la COVID-19 sous l'effet des causes suivantes (la liste n'est pas exhaustive) :
 - a) Ma présence dans l'Établissement;
 - b) Mes interactions avec d'autres personnes ou patients présents au moment où je serai dans l'Établissement;
 - c) Mes interactions avec les employés, les mandataires et les autres professionnels de la santé de l'Établissement; et
 - d) Le contact physique de tout équipement dans l'Établissement.
2. Lorsque je recevrai les Services, le Fournisseur pourrait, afin de m'évaluer ou de me soigner, devoir s'approcher de moi à une distance plus courte que celle recommandée aux termes des directives de distanciation sociale.

Je reconnais avoir lu et parfaitement compris les risques décrits précédemment. Je reconnais et confirme que je suis prêt(e) à accepter ces risques comme condition à ma présence à l'Établissement et à la prestation des Services par le Fournisseur.

Je confirme que le Fournisseur a répondu à toutes mes questions au sujet de la prestation des Services pendant la pandémie de COVID-19.

_____ Nom du patient

_____ Signature du patient

_____ Témoin

_____ Date