

CONSENTEMENT À LA COLLECTE ET À L'UTILISATION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Le présent formulaire de consentement vise à vous informer de l'utilisation que fait votre cabinet de vos renseignements personnels dans la tenue de votre dossier, des risques inhérents à cette utilisation, et d'obtenir votre consentement libre et éclairé en lien avec cette utilisation.

Si vous avez une question ou des commentaires relatifs à ce consentement, n'hésitez pas à vous référer à Dr David Carignan, chiropraticien, notre responsable de la protection des renseignements personnels.

Dans le but d'assurer une bonne traçabilité et un accès opportun à vos renseignements personnels aux seules personnes nécessitant un tel accès, nous utilisons les technologies de l'information et de la communication (ci-après TIC) en conformité avec les lois et règlements présentement en vigueur au Québec.

Collecte et utilisation de vos renseignements personnels

Dans notre cabinet, vos renseignements personnels sont recueillis et documentés à l'aide du logiciel GoRendezVous afin d'assurer une bonne traçabilité des services rendus et des accès à vos renseignements effectués par les membres de notre équipe. Ce fournisseur répond aux plus hauts standards en matière de protection des renseignements personnels tels que l'exige la loi 25. Vos renseignements personnels sont hébergés au Canada.

Personnes ayant accès à vos renseignements personnels

Seules les personnes suivantes, étant régies par une entente de confidentialité des renseignements personnels des patients, peuvent avoir accès à vos renseignements :

- a. Le personnel de la clinique en ayant besoin dans le cadre de leur emploi;
- b. Le tuteur légal du patient de moins de 14 ans;
- c. La police ou une autre autorité compétente, si la loi le requiert.

En plus des personnes ci-haut, une entité impliquée dans des activités de recherche, d'étude, de production de statistiques ou d'une transaction commerciale du cabinet pourrait accéder à certaines données dépersonnalisées et anonymisées ne permettant pas de vous identifier afin de pouvoir réaliser leur travail.

Finalement, vous pouvez nous faire la demande, en tout temps, d'accéder aux renseignements collectés par notre cabinet à votre sujet.

Droit de rectification de vos renseignements personnels

Vous êtes en droit d'accéder à vos renseignements personnels et d'exiger une rectification de vos renseignements si vous les jugez comme inexacts, incomplets ou équivoques, ou si sa collecte ou sa conservation n'est pas autorisée par la loi.

Il est à noter que le chiropraticien peut toutefois refuser cette rectification si elle contrevient aux lois et règlements applicables en la matière. Il devra alors vous fournir le justificatif complet de ce refus.

Protection de vos renseignements personnels

L'accessibilité à vos renseignements est protégée au moyen d'un identifiant unique et d'un mot de passe possédé par chacun des membres de notre personnel. Nous sommes donc en mesure d'obtenir la liste complète des accès, consultations, modifications et partages de vos renseignements, ce qui nous permet de surveiller et détecter les problèmes ou les accès non autorisés à vos renseignements.

Durée de conservation de vos renseignements personnels

Vos renseignements personnels seront conservés pendant une durée de sept ans suivant le dernier service rendu par notre cabinet, comme prescrit par les obligations déontologiques de votre chiropraticien.

Droit de retirer votre consentement

Vous pouvez retirer en tout temps votre consentement à la collecte et à l'utilisation de vos renseignements.

Nonobstant ce qui précède, notre cabinet pourrait devoir conserver vos renseignements pendant la période prescrite par les obligations déontologiques des chiropraticiens y œuvrant.

Mon consentement

Je déclare avoir lu et compris l'ensemble des dispositions en lien avec la collecte et l'utilisation de mes renseignements personnels au moyen des technologies de l'information (TIC).

Je consens de façon libre et éclairée à la collecte et l'utilisation de mes renseignements personnels au moyen des TIC suivant les modalités du présent consentement.

Nom du patient (en lettres moulées)

Date de naissance du patient

Signature du patient

Nom du responsable (en lettres moulées)

Signature du responsable

Date

