

Formulaire de participation à une activité offerte par le CSCE

Alexandria Bourget Cornwall Crysler Embrun Limoges

Activité :

Nom complet :

N° de carte santé :

Adresse :

Code postal :

Date de naissance :

N° de téléphone :

Adresse courriel :

Je désire recevoir par courriel de l'information sur les programmes, services et activités du Centre de santé communautaire de l'Estrie (CSCE).

Allergies :

Conditions de santé
importantes :

Contact en cas
d'urgence (nom) :

N° de téléphone :

Consentement pour la prise de photo

Je donne l'autorisation au CSCE de prendre ma photo. J'accepte que les photos prises durant l'activité à laquelle je participe soient utilisées pour la promotion de celle-ci ou des services du CSCE en général, et ce, par le biais de dépliants, bulletins d'informations, site Web et page Facebook du CSCE, kiosques et autres.

Oui Non

Formulaire de consentement pour le partage d'information par courriel ou vidéoconférence

Le Centre de santé communautaire de l'Estrie (CSCE) utilise divers moyens pour communiquer avec sa clientèle, dont parfois le courriel ou la vidéoconférence.

Bien que les communications électroniques possèdent plusieurs avantages, elles comprennent certains risques que vous devez comprendre.

Veillez lire l'information suivante. Le CSCE souhaite s'assurer que vous comprenez les risques avant de nous autoriser à garder votre adresse courriel dans nos dossiers et à communiquer avec vous de manière électronique :

- La communication par courriel ou par vidéoconférence n'est pas considérée comme privée ou sécuritaire;
- Il est possible que vos communications électroniques au travail soient surveillées;
- Le courriel est plus facile à frauder qu'une copie papier signée à la main;
- Il est impossible de vérifier l'identité réelle de l'expéditeur ou de s'assurer qu'un seul destinataire pourra lire le courriel;
- Tout courriel reçu peut potentiellement introduire un virus dans votre système informatique;
- Les courriels peuvent être transférés, interceptés, diffusés, enregistrés ou même modifiés sans que vous le sachiez;
- L'expéditeur peut envoyer un courriel à la mauvaise adresse par erreur;
- Le courriel est indélébile; il ne peut être effacé pour de bon. Même après sa suppression des copies du courriel par l'expéditeur et le destinataire, des copies de sauvegarde peuvent exister dans le système informatique ou sur Internet.

Pour minimiser certains de ces risques, les deux parties s'engagent à assumer les responsabilités suivantes :

Responsabilités du CSCE

Comme organisation, le CSCE est soumis aux normes de la Loi 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé. Ce faisant, tout le personnel a signé et respecte la politique sur la protection des renseignements personnels (PS02) qui assure l'exactitude et le caractère confidentiel des renseignements personnels qu'il obtient dans le cadre de ses activités. Pour ce faire, des mesures sont prises pour sécuriser vos renseignements personnels.

Toutes les adresses courriel de notre clientèle sont emmagasinées dans notre plateforme de dossiers de santé électroniques sécurisée et protégée par des mots de passe. Toutes communications entre l'ensemble des systèmes électroniques utilisés au centre et le serveur du centre sont codées grâce au protocole « Secure Socket Layer » (SSL). Des pare-feu servent également à prévenir les accès non autorisés au réseau dans nos systèmes et à bloquer, avant qu'ils rejoignent notre infrastructure et les utilisateurs, les pourriels, virus et autre contenu non désiré.

Responsabilités du client

Le client doit fournir une adresse courriel privée, non accessible à d'autres personnes. Il doit s'assurer que son adresse courriel est protégée par un encodage logiciel, ou sinon, il doit comprendre que les risques de violation de l'information privée augmentent. Si le client change d'adresse courriel, il doit en informer le CSCE dès que possible.

Votre santé et votre bien-être nous tiennent à cœur. Nous vous remercions de votre confiance.

La décision de communiquer par courriel ou par vidéoconférence avec les clients reste à la discrétion de chaque professionnel du CSCE. Certains pourraient préférer ne pas partager d'information personnelle sous forme électronique ou par vidéoconférence. Ce faisant, l'entente signée aujourd'hui ne concerne que vous et le ou les professionnels mentionnés ci-dessous. Dans le cadre du Programme d'éducation sur le diabète ou d'un groupe, cette même entente pourrait autoriser plusieurs professionnels à communiquer avec vous par courriel ou par vidéoconférence.

Pour les personnes âgées de 16 ans et + :

Je, _____, consens et accepte de :

Recevoir des courriels et/ou vidéoconférences du/des professionnel(s) suivant(s) :

_____ Oui Non

Mon adresse courriel est : _____

Pour les parents ou tuteurs (enfants âgés de 16 ans et -) ou autres gardiens légaux :

Mon nom est : _____

Ma relation avec le/la client(e) est : _____

Au nom de, _____, je consens et accepte de :

Recevoir des courriels et/ou vidéoconférence du/des professionnel(s) suivant(s) :

_____ Oui Non

Mon adresse courriel est : _____

Date : _____

Signature du client : _____

Signature du professionnel : _____



Groupe virtuel d'exercice sur Zoom

Formulaire de consentement éclairé et d'exonération de responsabilité

Je, le (la) soussigné(e), accepte par la présente de participer à une séance d'exercices virtuelle sur Zoom, offerte par le Centre de santé communautaire de l'Estrie (CSCE). Une ou un promoteur santé animera la séance d'exercices virtuelle et un autre promoteur santé coanimera en offrant le soutien nécessaire en ligne.

Je comprends que l'on me donnera des conseils sur l'activité physique, les exercices et d'autres sujets liés à un mode de vie sain.

Je comprends que les promoteurs santé travaillent avec des bénévoles qui peuvent également me fournir un soutien pendant les séances. Je suis conscient(e) que je peux parler avec le promoteur santé si j'ai des inquiétudes concernant la participation des bénévoles pendant mes séances.

Je comprends que je dois assister à une séance d'orientation avant de participer à la séance d'exercices virtuelle sur Zoom et je m'engage à respecter les recommandations suivantes :

- J'ai confirmé auprès du personnel du programme l'emplacement où je suivrai la séance d'exercices virtuelle (adresse, numéro d'appartement et de téléphone, nom d'une personne-contact ainsi que son numéro de téléphone);
- Je peux participer à la séance seulement si mon appareil électronique dispose d'une caméra permettant au personnel du CSCE de m'observer à tout moment pendant l'exécution des exercices. Cela permet au personnel du CSCE de s'assurer que j'effectue les exercices en toute sécurité et de réagir de manière appropriée en cas d'urgence;
- Ma personne à contacter en cas d'urgence est informée que je participe au programme d'exercices virtuel en ligne et le personnel du CSCE dispose de ses coordonnées les plus récentes;
- J'informerai le personnel du CSCE si je dois cesser la séance avant son terme;
- Je disposerai d'un téléphone à proximité de moi en cas d'urgence;
- J'utiliserai une chaise robuste (sans roulettes);
- Je porterai des chaussures appropriées;
- Je disposerai d'une bouteille (verre) d'eau à proximité de moi afin de demeurer hydraté(e);
- J'aurai un espace sans encombrement afin de pouvoir bien exécuter les exercices et éviter les chutes.

Je comprends que l'utilisation du logiciel virtuel a des limites par rapport à une rencontre en personne, comme l'incapacité de bien voir le positionnement des participants lors d'exécutions d'exercices.

Je comprends que je peux poser des questions ou demander des explications ou informations supplémentaires au sujet des procédures à n'importe quel moment avant, pendant et après la séance d'exercices virtuelle.

Je comprends que je suis responsable de mon bien-être, que je peux réduire le nombre de répétitions ou m'en abstenir et que je peux à tout moment cesser de participer à la séance d'exercices virtuelle supervisée, après en avoir avisé les promoteurs santé responsables de la séance.

Je comprends que le programme d'exercices comporte des risques, notamment, sans s'y limiter, les suivants : étourdissements passagers, rythme cardiaque ou tension artérielle anormaux, malaise pulmonaire, crampes aux jambes, nausées, perte de conscience; et j'accepte consciemment et volontairement d'assumer ces risques.

Je comprends qu'il est de mon devoir d'informer immédiatement les promoteurs santé au programme si

je ressens quelconques douleurs, inconfort, fatigue, difficultés respiratoires ou malaise thoracique, aux épaules, à la mâchoire, au dos ou au cou, ou tout autre symptôme pendant ou après la séance d'exercices virtuelle.

Je conviens que si je ressens à tout moment des symptômes de détresse, des sensations physiques anormales (douleurs à la poitrine, difficultés respiratoires), ou si je crois être victime d'un accident vasculaire cérébral ou d'une crise cardiaque, d'immédiatement appeler le 911 et/ou d'en informer le personnel du CSCE dirigeant la séance en ligne et/ou d'autoriser ce dernier à contacter le 911 en mon nom. Je comprends que le personnel du CSCE peut décider d'appeler le 911 s'il perçoit que je suis en situation de détresse ou de danger.

Je comprends que si je semble indisposé(e), le personnel du CSCE tentera de me joindre par téléphone et, si nécessaire, peut contacter directement le 911 en mon nom et prévenir ma personne à contacter en cas d'urgence.

J'ai consciemment passé un examen de santé préalable (p. ex., « Menez une vie plus active » et/ou consentement de mon médecin), selon lequel j'ai été déclaré(e) apte à participer à la séance d'exercices virtuelle sur Zoom dans le but de faire davantage d'activité physique.

Je comprends que l'exercice physique est recommandé dans la vie de tous les jours et il a été démontré qu'il présente de nombreux avantages, notamment l'amélioration de la capacité physique et la gestion de conditions médicales telles que l'ostéoporose, le diabète, l'hypertension et les maladies cardiaques. La participation au programme peut m'aider à évaluer mon style de vie et à choisir les activités que je peux mener en toute sécurité. Dans l'ensemble, les avantages d'un exercice régulier approprié l'emportent largement sur les risques mentionnés ci-dessus.

J'accepte de participer à la séance d'exercices virtuelle sur Zoom à mes propres risques et j'assume volontairement et de plein gré tous les risques de blessure, de maladie ou de décès pouvant en découler.

Je reconnais avoir lu attentivement ce FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ET D'EXONÉRATION DE RESPONSABILITÉ du GROUPE VIRTUEL D'EXERCICE SUR ZOOM et je comprends parfaitement qu'il s'agit d'une exonération de responsabilité. J'accepte de libérer les promoteurs santé, le Centre de santé communautaire de l'Estrie et tous ses administrateurs, dirigeants, employés et agents de toute plainte, réclamation, demande ou cause d'action, et j'accepte de renoncer à tout droit éventuel d'intenter une action en justice contre tout employé du CSCE. Je comprends que si je dépose une plainte, une réclamation, une demande ou une procédure de quelque nature que ce soit en rapport avec ma participation à la séance d'exercices virtuelle sur Zoom, la présente décharge et exonération de responsabilité peut être invoquée à titre d'obstacle absolu à de telles procédures.

Je déclare avoir lu et compris le présent document et en accepter les dispositions.

Prénom et nom : _____

Courriel : _____

Signature : _____

Date : _____