

No. DCI-MI : \_\_\_\_\_

## Formulaire de consentement et d'engagement pour la thérapie sous observation directe (VTOD)

### ► IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

No. RAMQ : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_J/ \_\_\_\_M/ \_\_\_\_A

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : ( ) \_\_\_\_\_

Si le patient est mineur, NOM et PRÉNOM du parent ou tuteur : \_\_\_\_\_

Langue de Communication : \_\_\_\_\_ Interprète requis Oui  Non

### ► IDENTIFICATION DU PERSONNEL TRAITANT

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ Hôpital effectuant le suivi : \_\_\_\_\_

Infirmière de l'hôpital : \_\_\_\_\_ No. de tél. : ( ) \_\_\_\_\_

Pharmacie : \_\_\_\_\_ No. de tél. : ( ) \_\_\_\_\_

Infirmière de la DRSP : \_\_\_\_\_ No. de tél. : ( ) \_\_\_\_\_

APPR : \_\_\_\_\_ No. de tél. : ( ) \_\_\_\_\_

### ► CALENDRIER DE TRAITEMENT

Durée prévue du traitement : \_\_\_\_\_

Date de début : \_\_\_\_J/ \_\_\_\_M/ \_\_\_\_A

Date de fin : \_\_\_\_J/ \_\_\_\_M/ \_\_\_\_A

#### ➤ MODALITÉS DE LA VTOD :

	CALENDRIER d'APPEL VIDÉO ou D'ENVOI DES VIDÉOS (Cochez les jours qui s'appliquent)						
	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
APPELS VIDÉOS							
VIDÉOS ENREGISTRÉES							

Précision additionnelle : \_\_\_\_\_

Heure d'envoi de la vidéo ou d'appel vidéo : \_\_\_\_\_

## ► LA VIDÉOTHÉRAPIE SOUS OBSERVATION DIRECTE (VTOD) POUR LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

### La tuberculose

La tuberculose est une maladie à traitement obligatoire (MATO). Vous avez l'obligation de suivre votre traitement jusqu'à la fin. Dans certains cas, nous vous accompagnons grâce à une vidéothérapie sous observation directe (VTOD).

### La vidéothérapie sous observation directe (VTOD)

#### C'est quoi ?

- Méthode de communication entre vous et le professionnel de la santé de la Direction régionale de santé publique de Montréal (DRSP) qui vous accompagne pendant le traitement;
- Moyen d'observation et de soutien à distance pour s'assurer que le traitement se déroule bien.

#### Les avantages

- Simplifier et faciliter le traitement sous observation directe à la maison;
- Diminuer le temps de visite dans une installation de santé (ex. pharmacie);
- Offrir du soutien par téléphone, messagerie texte ou vidéo de la part du professionnel de la santé publique en dehors des rendez-vous médicaux.

#### Le professionnel de la santé

- Est un(e) employé(e) de la Direction régionale de santé publique de Montréal;
- Peut répondre à vos questions concernant la tuberculose et le traitement;
- Peut vous soutenir tout au long du traitement (ex. prise de médicaments, surveillance des effets secondaires, prise des rendez-vous médicaux).

#### Ce que vous devez prévoir, à vos frais

- Un téléphone intelligent, une tablette ou un ordinateur;
- Un accès à Internet;
- Une caméra (webcam), un micro et un haut-parleur (les téléphones intelligents et la plupart des tablettes ont déjà ces fonctions intégrées);
- L'application Teams ([télécharger gratuitement](#)).

#### L'application Teams

Teams est un outil de communication sécurisé et confidentiel. Teams permet aux utilisateurs de communiquer à distance en visioconférence ou via l'envoi de vidéos enregistrées. Teams est utilisé en téléconsultation dans le but d'assurer la bonne prise du traitement contre la tuberculose.

## Les méthodes utilisées

### Méthode 1 : appels vidéo sur rendez-vous

- Vous assistez à votre rendez-vous avec le professionnel de la santé au moment prévu, en utilisant l'application Teams;
- Vous êtes invité à prendre vos médicaments en présence du professionnel de la santé qui vous accompagne tout au long de votre traitement ;
- L'échange entre vous et le professionnel de la santé est confidentiel. Une note à votre dossier médical est ajoutée pour confirmer que la prise de médicaments s'est faite ;
- Les informations pourraient être partagées avec la santé publique et l'équipe de soin impliquée dans votre traitement.

### Méthode 2 : envoi de vidéos enregistrées

- Vous vous enregistrez en train de prendre vos médicaments, en utilisant l'application Teams à travers la salle permanente, au moment prévu de la prise du traitement ;
- Il est important de mentionner la date et l'heure à laquelle vous prenez vos médicaments au début de l'enregistrement ainsi que de montrer l'ensemble des médicaments que vous prenez ;
- Suite à l'enregistrement, vous quittez la salle permanente et la vidéo sera visionnée par le professionnel de la santé ;
- Vous avez un suivi régulier avec le professionnel de la santé par téléphone ou par appel vidéo en utilisant l'application Teams;
- Les vidéos envoyées ainsi que les échanges entre vous et le professionnel de la santé sont confidentiels. Une note à votre dossier médical est ajoutée pour confirmer que la prise de médicaments s'est faite ;
- Les informations pourraient être partagées avec la santé publique et l'équipe de soin impliquée dans votre traitement.

## MON CONSENTEMENT

La Direction régionale de santé publique de Montréal (DRSP) vous a identifié comme personne éligible à la vidéothérapie sous observation directe (VTOD), en utilisant l'application Teams, pour la poursuite de votre traitement de tuberculose.

Vos engagements :

- Je comprends que je ne suis pas obligé(e) de participer à la VTOD et que je pourrais poursuivre ma thérapie sous observation directe à la pharmacie.
- Je reconnais que la VTOD est un soutien à mon traitement de tuberculose.
- Je connais et je comprends mon traitement et les médicaments (le type de médicaments, la posologie et les effets secondaires).
- J'informe le professionnel de santé qui m'accompagne dans le traitement de tous les signes inhabituels et les symptômes ressentis.
- Je comprends le fonctionnement et la méthode choisie pour mon traitement (les objectifs de la VTOD, les avantages et les inconvénients).
- Je comprends que le professionnel de santé communiquera avec moi en utilisant l'application Teams. Il sera dans un bureau fermé pour assurer la confidentialité de notre échange. Il me posera des questions à propos de ma santé et de mon traitement et me regardera prendre mes médicaments.
- Je comprends que, si je le souhaite, je dois trouver un endroit fermé pour assurer aussi la confidentialité de notre échange.
- Je comprends que les vidéos et les échanges entre moi et le professionnel de la santé sont confidentiels et qu'une note sera ajoutée à mon dossier médical. Ces informations pourraient être partagées avec la santé publique et l'équipe de soin impliquée dans mon traitement.
- Je comprends que je dois assumer les coûts liés à l'entretien de mon téléphone intelligent, de ma tablette ou de mon ordinateur ainsi que du forfait Internet me permettant de communiquer avec le professionnel de la santé en utilisant l'application Teams et d'envoyer des vidéos pour la durée prévue de mon traitement.
- Je comprends que toutes les données échangées sont stockées sur le continent américain conforme aux requis de sécurité du MSSS (Ministère de la Santé et des Services sociaux).
- Je reconnais avoir pris connaissance des informations fournies par la Direction régionale de santé publique en lien avec la confidentialité des données et l'application Teams : <https://learn.microsoft.com/fr-fr/microsoftteams/teams-privacy>.
- Je dois aviser immédiatement mon professionnel de la santé si mon traitement est interrompu.

Exemples de situations d'interruption de traitement :

- J'ai oublié de prendre ma dose.
- Je n'ai plus de médicaments à la maison.

De par la [Loi sur la santé publique](#), je comprends que si je ne respecte pas les engagements nommés ci-dessus, la Direction régionale de santé publique peut décider que je ne suis plus éligible à la VTOD et que d'autres mesures seront prises pour la gestion de mon traitement.

**En signant, je comprends et je m'engage à respecter toutes les modalités liées à la vidéothérapie sous observation directe (VTOD) pour le traitement de tuberculose.**

Signature du patient ou du parent/tuteur : \_\_\_\_\_

Date de signature : \_\_\_\_\_

Si applicable, ce document m'a été lu et expliqué par : \_\_\_\_\_

Signature du professionnel de la santé : \_\_\_\_\_

Date de signature : \_\_\_\_\_