**CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR LES SERVICES EN PERSONNE PENDANT LA CRISE DE SANTÉ PUBLIQUE COVID-19**

DOCUMENT A L’INTENTION DES MEMBRES DE L’AHPSY

VERSION PERSONALISABLE POUR LES INTERVENANTS

(basé sur instructions APA, adapté par AHPSY, mai 2020)

**CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR LES SERVICES EN PERSONNE PENDANT LA CRISE DE SANTÉ PUBLIQUE COVID-19**

Ce document contient des informations importantes sur notre décision (la vôtre et la mienne) d’offrir des services **en personne** pendant une étape de la pandémie COVID-19. ***Veuillez lire attentivement et faites-moi savoir si vous avez des questions. Lorsque vous signerez ce document, ce sera un accord officiel entre nous***.

**Décision de rencontrer en personne**

* Nous avons convenu de nous rencontrer en personne pour certaines ou toutes les sessions futures.
* S'il y a une évolution de la pandémie ou si d'autres problèmes de santé surviennent, je peux toutefois exiger que nous nous rencontrions via la téléconférence/télésanté.
* Si vous avez des inquiétudes au sujet de la rencontre par le biais de la télésanté, nous en parlerons d'abord et essayerons de résoudre tout problème.
* Vous comprenez que, si je le juge nécessaire, je peux décider que nous utilisions à la télésanté pour le bien-être de tous.
* Si vous décidez à tout moment que vous vous sentiriez plus en sécurité avec les services de télésanté ou d'y retourner, je respecterai cette décision, tant qu'elle est faisable et cliniquement appropriée.

**Risques liés aux options de services en personne**

* Vous comprenez qu'en venant au bureau, vous assumez le risque d'exposition potentielle au coronavirus (ou tout autre risque pour la santé publique).
* Ce risque peut augmenter si vous voyagez en transports en commun, en taxi ou en service de covoiturage.

**Responsabilité de minimiser votre exposition**

* Pour obtenir des services en personne, vous vous engagez à prendre certaines précautions qui aideront tout le monde (vous, moi et nos familles, membres du personnel et autres patients) à se protéger contre l'exposition, la maladie et la mort éventuelle.
* Si vous ne respectez pas ces garanties, cela peut entraîner notre démarrage / retour à un accord de télésanté.
* Paraphez chacun pour indiquer que vous comprenez et acceptez ces actions:
* Vous ne conserverez votre rendez-vous en personne que si vous ne présentez aucun symptôme. \_\_\_
* Vous prendrez votre température avant de venir à chaque rendez-vous. S'il est élevé (100 Fahrenheit ou plus), ou si vous avez d'autres symptômes du coronavirus, vous acceptez d'annuler le rendez-vous ou de continuer à utiliser la télésanté.
* Si vous souhaitez annuler pour cette raison, je ne vous facturerai pas nos frais d'annulation normaux. \_\_
* Vous attendez dans votre voiture ou à l'extérieur [ou dans une zone d'attente plus sûre désignée] jusqu'à au plus tôt 5 minutes avant notre rendez-vous. \_\_\_
* Vous vous lavez les mains ou utilisez un désinfectant pour les mains à base d'alcool lorsque vous entrez dans le bâtiment. \_\_\_
* Vous respecterez les précautions de distance de sécurité que nous avons mises en place dans la salle d'attente et la salle de test / thérapie. Par exemple, vous ne bougerez pas de chaise.
* Vous porterez un masque dans tous les espaces du bureau (moi [et mon personnel] aussi). \_\_\_
* Vous garderez une distance de 6 pieds et il n'y aura aucun contact physique (par exemple pas de poignée de main) avec moi [ou le personnel]. \_\_\_
* Vous essaierez de ne pas toucher votre visage ou vos yeux avec vos mains. Si vous le faites, vous vous laverez ou vous désinfecterez immédiatement les mains. \_\_\_
* Si vous amenez votre enfant, vous vous assurerez que votre enfant suit tous ces protocoles d'assainissement et d'éloignement. \_\_\_
* Vous prendrez des mesures entre les rendez-vous pour minimiser votre exposition au COVID. \_\_\_
* Si vous avez un travail qui vous expose à d'autres personnes infectées, vous m'en informerez immédiatement [et mon personnel]. \_\_\_
* Si vos déplacements ou d'autres responsabilités ou activités vous mettent en contact étroit avec d'autres personnes (au-delà de votre famille), vous me le direz [et mon personnel]. \_\_\_
* Si un résident de votre domicile est positif à l'infection, vous m'en informerez immédiatement [et mon personnel] et nous [commencerons] ensuite à reprendre le traitement par télésanté .\_\_\_

**Mon engagement à minimiser l'exposition**

- Ma pratique a pris des mesures pour réduire le risque de propagation du coronavirus au bureau. Veuillez me faire savoir si vous avez des questions sur ces efforts.

**Si vous ou moi sommes malades**

* Vous comprenez que je m'engage à vous protéger, moi, [mon personnel] et toutes nos familles à l'abri de la propagation de ce virus.
* Si vous vous présentez à un rendez-vous et que je [ou le personnel de mon bureau] pensez que vous avez de la fièvre ou d'autres symptômes, ou pensez que vous avez été exposé, je devrai vous demander de quitter le bureau immédiatement.
* Nous pouvons assurer le suivi des services par télésanté, le cas échéant.
* Si je [ou mon personnel] teste positif pour le coronavirus, je vous en informerai afin que vous puissiez prendre les précautions appropriées.

**Votre confidentialité en cas d'infection**

* Si vous avez été testé positif pour le coronavirus, je pourrai être tenu d'informer les autorités sanitaires locales que vous vous êtes rendu au bureau.
* Si je dois le signaler, je ne fournirai que les informations minimales nécessaires à leur collecte de données et je n'entrerai dans aucun détail sur les raisons de nos visites.
* En signant ce formulaire, vous acceptez que je puisse le faire sans autorisation supplémentaire signée.

**Consentement éclairé**

Cet accord complète le consentement éclairé général / accord commercial que nous avons convenu au début de notre travail ensemble.

Votre signature est une acceptation de ces termes et conditions.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patient/Client Date

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Psychologist Date

Vous trouverez ci-dessous un exemple d'avis à publier au bureau / sur votre site Web. Personnalisez pour votre pratique.

**Précautions de sécurité au bureau en vigueur pendant la pandémie**

Mon bureau prend les précautions suivantes pour protéger nos patients et aider à ralentir la propagation du coronavirus.

* Des sièges de bureau dans la salle d'attente et dans les salles de thérapie / tests ont été aménagés pour permettre une distance physique appropriée.
* Mon personnel et moi portons des masques.
* Mon personnel maintient une distance de sécurité.
* Les distributeurs de savon des toilettes sont entretenus et tout le monde est encouragé à se laver les mains.
* Un désinfectant pour les mains contenant au moins 60% d'alcool est disponible dans les salles de thérapie / tests, la salle d'attente et au comptoir de la réception.
* Nous fixons des rendez-vous à des intervalles spécifiques pour minimiser le nombre de personnes dans la salle d'attente.
* Nous demandons à tous les patients d'attendre dans leur voiture ou à l'extérieur au plus tôt 5 minutes avant l'heure de leur rendez-vous.
* Les tampons de carte de crédit, les stylos et les autres zones couramment touchées sont soigneusement désinfectés après chaque utilisation.
* Le contact physique n'est pas autorisé.
* Les mouchoirs et les poubelles sont facilement accessibles. Les déchets sont éliminés fréquemment.
* Les parties communes sont soigneusement désinfectées à la fin de chaque journée.