

CONSENTEMENT DU PATIENT À LA CONSULTATION

1. Je comprends qu'au cours de la consultation médicale me concernant des informations à mon sujet, utiles à la prestation de services de soins à mon égard (« Informations personnelles »), puissent être recueillies et conservées. Ces informations peuvent inclure des renseignements qui m'identifient personnellement, notamment mon nom, ma date de naissance et mes antécédents médicaux.
2. Je comprends qu'il est possible que mes Informations personnelles soient transmises à et utilisées par Project Orbis International, Inc. (« Orbis ») ainsi que d'autres prestataires de soins de santé collaborant avec Orbis afin de prendre mon cas en charge et de contribuer à l'évaluation, au diagnostic et au traitement de la maladie dont je suis atteint(e). Il est possible que ces prestataires de soins de santé ne se trouvent pas dans le pays dans lequel je vis.
3. J'autorise la transmission de mes Informations personnelles à d'autres professionnels de santé travaillant avec Orbis à des fins d'éducation ou de formation, notamment afin de contribuer à l'évaluation, au diagnostic et au traitement de la maladie dont je suis atteint(e).
4. Je comprends qu'Orbis peut également utiliser mes Informations personnelles sous une forme globale qui ne permettra pas de m'identifier personnellement, et ce dans la conduite de recherches médicales, la génération de statistiques et le développement de programmes de sensibilisation. Orbis peut également transmettre ces informations à des tierces parties à des fins similaires. Cependant, Orbis ne fournira pas mes Informations personnelles à des tierces parties sans avoir obtenu mon consentement écrit préalable, sauf dans les cas décrits dans le présent formulaire de consentement, ou si cela est requis par la loi.
5. Je consens à ce qu'Orbis puisse stocker, traiter et transmettre mes Informations personnelles par voie électronique, notamment par Internet. Il est possible que les serveurs utilisés par Orbis pour stocker, traiter et transmettre mes Informations personnelles ne soient pas situés dans le pays dans lequel je vis. Orbis applique diverses mesures de sécurité afin de protéger les informations personnelles stockées, traitées et transmises par voie électronique. Je comprends que, dans la limite prévue par la loi en vigueur, Orbis ne fournit aucune garantie, assurance ou promesse concernant la sécurité de ces informations.
6. Orbis, lors de la poursuite de sa mission consistant à fournir gratuitement ou à faible coût des soins de santé aux patients, peut rencontrer une tierce partie cherchant à approfondir cette mission. Dans cette éventualité, je consens à ce que mes Informations personnelles soient transférées à une telle tierce partie.
7. Dans le cas d'un différend concernant ce consentement, mes droits et obligations seront régis par les lois en vigueur aux États-Unis et dans l'État de New-York.
8. Par la présente, et dans la limite prévue par la loi en vigueur, je dégage Orbis de toute responsabilité découlant des poursuites, actions ou autres réclamations que je pourrais engager quant au fait que son utilisation de mes Informations personnelles, telle que décrite dans ce consentement, enfreint les lois ou les réglementations concernant l'utilisation, le traitement et la protection des données.
9. En apposant ma signature ci-dessous, je confirme que j'ai lu, compris et accepté le contenu mentionné ci-dessus ou, si je suis incapable de lire n'importe lequel des paragraphes ou mots ci-dessus, je confirme que ce formulaire de consentement à la consultation m'a été lu en entier et, si nécessaire, traduit à mon intention. Je confirme que je comprends l'intégralité du document et que je consens aux mentions qu'il comporte.

Signature du patient ou du tuteur légal

Nom en caractères d'imprimerie

Date

Copyright © 2003-2014 Project Orbis International, Inc.
Tous droits réservés à l'échelle internationale.