

Fiche de service clinique de télésanté

| | |
|----------------|-------------------|
| SERVICE | INITIATIVE |
|----------------|-------------------|

Activités cliniques

| | | | |
|---|---|--|--|
| Activités | | | |
| Spécialités | | | |
| Nom de l'établissement qui offre le service et du CCT d'appartenance | CCT du CIUSSS de l'Estrie - CHUS | | |
| | CCT du CHUM | | |
| | CCT du CUSM | | |
| | CCT du CHU de Québec - Université Laval | | |

Description de l'offre

| | | | |
|---|--------------|-----------|------------------|
| Nom usuel de l'activité | | | |
| But clinique | | | |
| Modalités (technologie, fréquence de l'activité) | AVEC patient | OU | SANS patient |
| | Temps réel | OU | Temps différé |
| | À domicile | OU | En établissement |
| Professionnel dispensant l'activité (ex. : médecin spécialiste, inf., etc.) | | | |
| Professionnels pouvant avoir recours à l'activité | | | |

Établissement et clientèle visés par l'offre

| | | | |
|---|--|--|--|
| Établissement et clientèle visés (critères d'inclusion/exclusion si applicable) | | | |
|---|--|--|--|

Coordonnées pour accéder à cette activité

| | |
|--|---|
| Pour les établissements visés par l'offre | Nom : _____  _____ Poste : _____ Courriel : _____ Remarque : _____ |
|--|---|