

## **Application LightX** **conformément à la législation québécoise**

Innovations LightX inc. (« **LightX** ») a conçu une application pour téléphones intelligents (l'« **application LightX** ») permettant à ses utilisateurs autorisés, à savoir les professionnels de la santé canadiens utilisant les appareils LightX (les « **professionnels de la santé** ») de prendre des photos des yeux de leurs patients et de les télécharger, lorsque considéré requis ou souhaitable par tels professionnels dans le cadre de l'assistance médicale offerte à leurs patients.

1. Je comprends que : **(i)** pour utiliser l'application LightX, mon professionnel de la santé doit divulguer à LightX, pour analyse, des renseignements personnels me concernant (à savoir mon nom et/ou le numéro d'identifiant utilisé par tel professionnel pour m'identifier et toute photo prise de mes yeux) en les téléchargeant sur l'application LightX; **(ii)** mes renseignements personnels seront encryptés et ensuite traités par LightX pour fins d'analyse, le tout étant réalisé de manière automatique et robotisée au moyen d'algorithmes; **(iii)** durant ce processus d'analyse (et jusqu'à ce que celui-ci soit complété), mes renseignements personnels seront conservés sur une base de données infonuagique et sécurisée canadienne, suite à quoi les résultats d'analyse seront transmis par l'application LightX à mon professionnel de la santé (de manière automatique et robotisée, sans qu'aucune copie de cette analyse ne soit conservée par LightX); et **(iv)** mes renseignements personnels (incluant l'analyse) pourraient être conservés par mon professionnel de la santé sur la base de données de LightX si tel professionnel le juge nécessaire afin de me fournir l'assistance médicale requise (les « **Fins permises** »). **Je consens à ce que mes renseignements personnels soient téléchargés par mon professionnel de la santé sur l'application LightX pour les Fins permises, et à l'utilisation, à la conservation et aux autres traitements requis de tels renseignements aux Fins permises par LightX via l'application LightX.**

Oui Non

**Je comprends que je peux refuser de consentir en informant mon professionnel de la santé (sans donner de raison), et que tel refus n'aura aucune conséquence sur la qualité de soins auxquels j'ai droit ou sur ma relation avec mon professionnel de la santé (étant entendu que si je refuse à ce que mes renseignements personnels soient utilisés, conservés et traités pour les Fins permises, alors mon professionnel de la santé n'utilisera pas l'application LightX).**

2. De même, je comprends que LightX pourrait, dans le respect des lois applicables : **(a)** conserver une copie des photos téléchargées, lesquelles seront anonymisées en enlevant de façon irréversible tout identifiant qui pourrait directement ou indirectement m'identifier (sous réserve des photos de mon iris et de ma rétine qui pourraient, de par leur nature, demeurer des renseignements personnels même si mon nom/numéro d'identifiant est enlevé) pour utilisation sur une base agrégée pour fins d'apprentissage des algorithmes d'intelligence artificielle; et **(b)** utiliser l'information anonymisée à toute autre fin, tels renseignements ne constituant plus des renseignements personnels. **Je consens à ces utilisations secondaires de mes renseignements personnels.**

Oui Non

**Je comprends que je peux refuser de consentir à l'utilisation secondaire de mes renseignements personnels (telle que prévue au point 2(a)) pour toute raison. Tel consentement est distinct du consentement demandé au point 1 et n'est pas requis pour réaliser les Fins permises.**

3. Je confirme avoir été informé(e) et comprendre les fins pour lesquelles mes renseignements personnels sont traités et conservés par l'application LightX.
4. **Je comprends que mon (ou mes) consentement(s) peut(vent) être retiré(s) en tout temps, quoique les renseignements personnels me concernant et qui sont déjà anonymisés ne seront pas détruits (étant dans un format qui ne permet plus à LightX de me ré-identifier).**
5. **Je comprends que je peux exercer mon droit d'accès ou de rectification en contactant mon professionnel de la santé, LightX ne détenant mes renseignements personnels que de manière temporaire et uniquement pour le compte de tel professionnel.**

6. Je comprends que ce formulaire de consentement est disponible en anglais et je confirme mon intention expresse d'utiliser la version française. **I understand that this consent form is available in English and I confirm my express wish to use the French version.**

### **Signature du patient ou du représentant légal**

- je suis le demandeur et je suis âgé(e) de 14 ans ou plus
- je suis le titulaire de l'autorité parentale ou une personne légalement autorisée à consentir au nom du demandeur âgé de moins de 14 ans
- je suis le curateur, tuteur, conseiller ou mandataire du demandeur qui est un majeur incapable, ou j'exerce les pouvoirs qui m'ont été octroyés aux termes d'un mandat au bénéfice de tel demandeur, et la présente demande est requise pour l'exercice des pouvoirs qui m'ont été confiés

Signature : \_\_\_\_\_ Date :

Nom :