

Ministère de la Santé

Appuyer sur la touche TAB pour passer d'un champ à l'autre ou cliquer sur la boîte grise près de chaque item.

**Veillez faire parvenir le formulaire complété attaché à un courriel destiné à : [EHRaccess@gnb.ca](mailto:EHRaccess@gnb.ca) ou par télécopieur/fax au: (1-506) 462-2010**

**1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'UTILISATEUR – à être complété par le requérant**

<b>a. Nom au complet</b>		
<b>b. Titre</b>		
<b>c. Département/spécialité</b>		
<b>d. Lieu de travail (nom de l'établissement et numéro de la zone)</b> Si vous travaillez aussi dans le secteur privé, veuillez ajouter tous les établissements où vous travaillez.		
<b>e. Numéro d'employé (pas requis pour les médecins)</b> 6 chiffres pour Vitalité et 8 chiffres pour Horizon.		
<b>f. Numéro de téléphone au travail</b>		
<b>g. Adresse au travail</b>		
<b>h. Adresse de courrier électronique préférée</b>		
<b>i. Nom d'utilisateur ou ID-utilisateur:</b> Nom d'utilisateur pour accéder au réseau en début de journée.		
<b>j. Rôle (en choisir un seulement)</b>	<b>MÉDECINS ET INFIRMIERS-INFIRMIÈRES</b> <input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste <input type="checkbox"/> Spécialiste du eConsulte <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) praticien(ne) <input type="checkbox"/> Sage-femme <input type="checkbox"/> Adjoint au médecin <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) immatriculé (e) <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) auxiliaire licencié (e)	<b>PHARMACIE</b> <input type="checkbox"/> Pharmacien(ne) <input type="checkbox"/> Techniciens en pharmacie
	<b>PROFESSIONS CONNEXES EN SANTÉ</b> <input type="checkbox"/> Audiologiste <input type="checkbox"/> Diététiste <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Thérapeute respiratoire <input type="checkbox"/> Travailleur social	<b>AUTRES PROFESSIONS : (en ordre alphabétique)</b> <input type="checkbox"/> Archives cliniques, professionnel impliqué dans les activités d'assurance de la qualité <input type="checkbox"/> Codeur - Trauma <input type="checkbox"/> Gestionnaire du registre de Trauma <input type="checkbox"/> Radiothérapeute et Coordinateur de la Radio-Oncologie <input type="checkbox"/> Technologue en imagerie diagnostique <input type="checkbox"/> Impliqué(e) dans les activités d'assurance de la qualité du DSÉ <input type="checkbox"/> Technologiste de laboratoire <input type="checkbox"/> Cytotechnologiste <input type="checkbox"/> Impliqué dans les activités d'assurance de la qualité du DSÉ
<b>ÉTUDIANT(E)S MÉDICAUX</b> <input type="checkbox"/> Médecin – Étudiant / Résident <b>Jusqu'au (entrez la date) :</b> <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) praticien(ne) - Étudiant <b>Jusqu'au (entrez la date) :</b> <input type="checkbox"/> Pharmacien(ne) - Étudiant / Résident <b>Jusqu'au (entrez la date) :</b>	<b>PERSONNEL du MS et de SNB</b> <input type="checkbox"/> Dépistage du cancer <input type="checkbox"/> Équipe opérationnelle du DSÉ <input type="checkbox"/> Équipe de soutien aux applications du DSÉ <input type="checkbox"/> Personnel de la Technologie de l'information de SNB <input type="checkbox"/> Équipe d'intégration <input type="checkbox"/> Équipe d'application <input type="checkbox"/> Registre du cancer <input type="checkbox"/> Unité des registres d'UPUD	<b>AUTRE :</b> <input type="checkbox"/> Accès à l'index des dispensateurs seul. <input type="checkbox"/> Autre / Préciser :

**REMARQUE: Cette demande d'accès au DSÉ représente également une demande d'inscription au Programme de surveillance pharmaceutique (PSP) pour les prescripteurs qui prescrivent des médicaments contrôlés et les pharmaciens titulaires de permis qui les délivrent et sont définis comme « participants » par la Loi sur la surveillance pharmaceutique.**

**2. ATTESTATION DE L'UTILISATEUR - À compléter, signer et dater par le requérant.**

<b>Je</b>	<b>accepte que :</b>
<b>NOM AU COMPLET EN LETTRES MOULÉES</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Je comprends que les renseignements personnels sur la santé (RPS) entreposés dans le DSÉ sont confidentiels et doivent être utilisés uniquement pour fournir ou aider à fournir des soins de santé.</li> <li>2. Je comprends que je n'ai pas le droit de consulter ou d'effectuer des recherches de renseignements sur des patients à l'extérieur de mon cercle de soins, y compris mon propre dossier du DSÉ ou les dossiers des membres de ma famille.</li> <li>3. Je dois prendre des mesures raisonnables pour empêcher tout accès non autorisé au DSÉ.</li> <li>4. Je ne communiquerai à personne mon nom d'utilisateur et mot de passe donnant accès au DSÉ ou toute autre information sur l'accès au système et j'utiliserai un mot de passe complexe.</li> <li>5. J'assume la responsabilité de la divulgation non autorisée de tout renseignement personnel ayant trait aux clients/patients par l'entremise d'une utilisation inappropriée de mon accès autorisé.</li> <li>6. Je ferai en sorte que les renseignements sur les patients ne soit pas divulgués à des personnes non autorisées par voie de copie papier, à l'écran ou par d'autres moyens.</li> <li>7. Je comprends que je vais obtenir un accès pour lecture seulement et qu'imprimer des documents à partir du DSÉ est limité aux utilisateurs autorisés uniquement.</li> <li>8. Je ne dois pas télécharger de renseignements personnels sur la santé sur le disque dur de mon ordinateur de bureau ou de mon ordinateur personnel ou sur tout autre dispositif de stockage portatif.</li> <li>9. J'aviserai immédiatement le bureau d'administration du DSÉ par courrier électronique si mon compte a été, ou peut avoir été compromis de quelque manière que ce soit. Adresse électronique : <a href="mailto:EHRAccess@gnb.ca">EHRAccess@gnb.ca</a></li> <li>10. J'aviserai le bureau d'administration du DSÉ par courrier électronique dans les 5 jours ouvrables suivant la date à laquelle il sera déterminé que je n'aurai plus besoin d'accéder au DSÉ. <a href="mailto:EHRAccess@gnb.ca">EHRAccess@gnb.ca</a></li> <li>11. Le ministère de la Santé peut annuler mon accès en cas de non-respect des obligations décrites dans le présent formulaire.</li> <li>12. Le ministère de la Santé peut annuler mon accès si je ne me suis pas connecté au DSÉ depuis plus de 4 mois.</li> <li>13. Il est entendu que l'utilisation du système fait l'objet d'une surveillance.</li> <li>14. Il est entendu que je n'obtiendrai pas accès au DSÉ avant d'avoir complété la formation en ligne en matière de protection des renseignements personnels au DSÉ.</li> </ol>	

**En apposant ma signature ci-dessous, je reconnais avoir pris connaissance et compris les modalités susmentionnées que je m'engage à respecter. Je comprends également qu'à défaut de me conformer à mes obligations, le ministère de la Santé peut révoquer mon accès.**

<b>Signature du requérant/utilisateur</b>	
<b>Date</b>	
<b>Langue de choix pour la formation?</b>	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais

**3. AUTORISATION DU SUPERVISEUR - À être complété par le superviseur du requérant. Cette section n'est pas requise pour les médecins**

J'autorise la personne ci-haut identifiée à accéder au DSÉ et je déclare que l'identité de la personne identifiée à la section 1 du présent formulaire a été confirmée.  
 J'ai vérifié les items suivants:  
 a. Toute l'information requise est complétée et exacte.  
 b. Le rôle sélectionné est celui de l'individu au sein de notre organisation.  
 et j'aviserai le bureau d'administration du DSÉ par courrier électronique dans les 5 jours ouvrables lorsqu'il sera déterminé que cet utilisateur n'a plus besoin d'accéder au DSÉ. [EHRAccess@gnb.ca](mailto:EHRAccess@gnb.ca)

<b>Nom au complet et titre du superviseur (EN LETTRES MOULÉES)</b>	
<b>Titre du superviseur</b>	
<b>Signature du superviseur</b>	
<b>Date</b>	
<b>Adresse de courrier électronique</b>	
<b>Numéro de téléphone</b>	

**Veillez faire parvenir le formulaire complété attaché à un courriel destiné à : [EHRAccess@gnb.ca](mailto:EHRAccess@gnb.ca) ou par télécopieur/fax au: (1-506) 462-2010**

Si vous avez des questions, faire parvenir un message à l'adresse électronique suivante : [EHRAccess@gnb.ca](mailto:EHRAccess@gnb.ca)