

Instructions pour compléter le formulaire de demande d'accès au DSÉ

1. COMPLÉTER LE FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS EN LIGNE.

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

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'UTILISATEUR :

a.	Nom au complet	Entrez votre nom au complet (prénom et nom de famille).
b.	Titre du poste actuel	Entrez le titre de votre poste.
c.	Département/spécialité	Entrez votre département actuel et/ou votre spécialité.
c.	Lieu de travail	Entrez le nom de l'établissement/hôpital où vous travaillez et le numéro de la zone; pour les pharmaciens et physiothérapeutes qui travaillent aussi dans le secteur privé, veuillez ajouter tous les établissements où vous travaillez.
d.	Numéro d'employé	Entrez votre numéro d'employé (non requis si vous êtes médecin); Si vous êtes un employé(e) d'Extra-Mural, Horizon ou Vitalité, vous devez fournir votre numéro d'employé. Notez que les numéros d'employé de Vitalité ont 6 chiffres et ce d'Horizon ont 8 chiffres.
e.	Numéro de téléphone au travail	Entrez le numéro de téléphone où l'on peut vous joindre au travail.
f.	Adresse du lieu de travail	Entrez l'adresse de l'établissement/hôpital.
g.	Adresse de courrier électronique du lieu de travail	Entrez l'adresse de courrier électronique à laquelle vous vous désirez communiquer avec nous. Nous envoyons les formations requis à cette adresse.
i.	Nom d'utilisateur	Entrez votre nom d'utilisateur ou le nom de connexion que vous utilisez pour ouvrir une session sur le réseau au début d'une journée de travail.
j.	Rôle	Ne sélectionnez qu' <i>un seul choix</i> et soyez précis;

À NOTER : Si des renseignements sont manquants, la demande ne sera pas traitée et on communiquera avec vous pour les obtenir.

Instructions pour compléter le formulaire de demande d'accès au DSÉ

SECTION 2 - ATTESTATION DE L'UTILISATEUR :

a.	Je, ..., accepte	Entrez votre nom au complet en caractères d'imprimerie;
b.	Lire les obligations	Lisez toutes les conditions/obligations indiquées et s'il y a un passage que vous ne comprenez pas, ne signez pas le formulaire; envoyez vos questions à l'administrateur du DSÉ à l'adresse suivante : EHRaccess@gnb.ca
c.	Langue de choix pour la formation	Sélectionnez la langue de choix pour la formation.
d.	Imprimer le formulaire	Si vous acceptez les conditions, veuillez imprimer, signer et dater le formulaire.

SECTION 3 - AUTORISATION DU SUPERVISEUR:

a.	Signature du superviseur	Remettez le formulaire à votre superviseur pour obtenir son autorisation et sa signature.
-----------	---------------------------------	---

À NOTER: Les médecins ne sont pas requis de compléter la section **Autorisation du superviseur**; cependant l'autorisation est nécessaire pour les résident(e)s.

2. SOUMETTRE VOTRE DEMANDE D'ACCÈS

a.	Soumettre votre formulaire de demande d'accès	Numériser/scanner le formulaire complété et l'attacher à un courriel destiné à l'administratrice du DSÉ: EHRAccess@gnb.ca OU Soumettre votre demande d'accès au numéro de fax suivant : (506) 462-2010 <u>À Noter</u> : Le code régional n'est pas requis dans la région de Fredericton.
b.		Gardez le formulaire de demande d'accès original.