

Ministère de la Santé/ Dossier de santé électronique (DSÉ)

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

Veillez envoyer 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 compléter par le requérant**

<b>a. Nom au complet</b> (pas de surnom ou « nickname »)		
<b>b. Lieu de travail/Nom de la clinique</b>		
<b>c. Information du DMÉ (REQUIS afin de traiter votre demande)</b> <b>SI VOUS NE SAVEZ PAS, DEMANDEZ AU PERSONNEL DE VOTRE FOURNISSEUR DMÉ POUR L'INFORMATION SUIVANTE:</b>		
<b>Nom d'utilisateur du DMÉ ou "EMR USERID"</b> (en lettres majuscules – pas de chiffre)		<b>ID de l'organisation ou "EMR ORG ID"</b> (numéro à 4 chiffres)
<b>d. Numéro de téléphone au bureau</b>		
<b>e. Adresse du bureau ou de la clinique</b> (rue et ville)		
<b>f. Adresse de courrier électronique</b> (Entrez l'adresse courriel à laquelle vous voulez recevoir le lien pour les formations en ligne.)		
<b>g. Travaillez-vous également dans un établissement du RRS ou avez-vous fait une demande pour un compte de la zone?</b>		
<input type="checkbox"/> OUI, veuillez remplir la section ci-dessous		<input type="checkbox"/> NON, veuillez remplir la section ci-dessous
<b>Nom de l'hôpital/établissement</b>		<b>Le nom de fille de votre mère?</b>
<b>Numéro d'employé</b> Si vous êtes à l'emploi de la RRS Vitalité ou Horizon, vous devez fournir votre numéro d'employé. Pour les employés de Vitalité, il s'agit d'un numéro à six chiffres et 8 chiffres pour Horizon.		<b>Une date mémorable?</b>
<b>Nom d'utilisateur AD de la Zone/RRS</b> <b>Ceci n'est pas votre nom d'utilisateur du DMÉ.</b> Si vous avez accès à SCM ou au systèmes de l'hôpital, vous avez un nom d'utilisateur AD pour accéder à ces systèmes. Si vous n'êtes pas certain, contactez le bureau d'aide SNB. TOUS LES MÉDECINS ONT UN COMPTE		<b>Votre endroit préféré?</b>
		Ces réponses seront utilisées pour valider votre identité lorsque vous appeler pour recevoir votre nom d'utilisateur.
<b>h. Rôle</b> (choisir seulement un rôle et soyez précis)	<p><b>MÉDECIN</b></p> <p><input type="checkbox"/> Médecin généraliste</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin spécialiste</p> <p>Précisez votre spécialité:</p> <p><input type="checkbox"/> Infirmier(ère) praticien(ne)</p> <p>Êtes-vous un(e) remplaçant(e) LOCUM</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, veuillez fournir les dates de votre travail locum :</p> <p><b>ÉTUDIANT(E)S MÉDICAUX</b></p> <p><input type="checkbox"/> Résident <input type="checkbox"/> Étudiant(e)</p> <p>Veillez fournir la date à laquelle prendra fin votre stage au Nouveau-Brunswick :</p>	<p><b>INFIRMIER(ÈRE) OU AUTRE CLINICIEN(ENNE)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Infirmier(ère) auxiliaire licencié(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Infirmier(ère) immatriculé(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre clinicien(ne) Veuillez préciser:</p> <p><b>AUTRE PERSONNEL</b></p> <p><input type="checkbox"/> Personnel de bureau ou administratif</p> <p><input type="checkbox"/> Adjointe administrative</p> <p><input type="checkbox"/> Réceptionniste</p> <p><input type="checkbox"/> Secrétaire médicale</p> <p><input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser:</p> <p>Si vous êtes un(e) remplaçant(e) et connaissez la date à laquelle prendra fin votre travail, veuillez l'indiquer :</p>

**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. ENGAGEMENT 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 l'Administrateur 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 l'Administrateur 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 en ligne?</b>	<input type="checkbox"/> FRANÇAIS <input type="checkbox"/> ANGLAIS

## 3. AUTORISATION DU MÉDECIN POUR L'ACCÈS AU DSÉ PAR SON PERSONNEL INCULANT LES RÉSIDENTS ou AUTORISATION DU GESTIONNAIRE POUR LE PERSONNEL D'UN CSC

J'autorise la personne ci-haut mentionnée 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 bien celui de l'individu à l'emploi de ma clinique ou de mon cabinet privé.  
Je m'engage à aviser le service administratif du DMÉ par courrier électronique dans les 5 jours ouvrables lorsqu'il sera déterminé que cette personne n'a plus besoin de l'accès au DSÉ. [EHRAccess@gnb.ca](mailto:EHRAccess@gnb.ca)

<b>Nom au complet du médecin ou gestionnaire du CSC (en lettres moulées)</b>	
<b>Signature du médecin ou gestionnaire du CSC</b>	
<b>Date</b>	

**Veillez envoyer 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, envoyez un courriel à l'adresse suivante: [EHRAccess@gnb.ca](mailto:EHRAccess@gnb.ca)