

DEMANDE D'ACCÈS AU DSÉ PAR UN UTILISATEUR DU SECTEUR PRIVÉ

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

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 ou par télécopieur/FAX au : (1-506) 462-2048.

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

a. Nom au complet	
b. Titre du poste actuel	
c. Numéro de licence/immatriculation	
d. Sexe (M ou F – optionnel)	
e. Adresse de courrier électronique (courriel) (Entrez l'adresse à laquelle vous voulez recevoir le lien pour la formation en ligne en matière de protection des renseignements personnels.)	
f. Nom de la pharmacie ou nom de la pratique/clinique privée suivi de l'adresse (Si vous travaillez dans plus d'une pratique, inscrire le nom de la pratique où vous travaillez le plus souvent.)	
g. Cité / Ville (Endroit au travail)	
h. Deuxième lieu de travail (Nom de la pharmacie ou nom de la pratique/clinique privée.)	
i. Numéro de téléphone au travail	
j. Travaillez-vous également dans un hôpital? Si oui , veuillez fournir le nom de l'établissement, votre numéro d'employé(e) et votre nom d'utilisateur (userid) lorsque vous vous connectez sur le réseau.	<input type="checkbox"/> OUI Nom de l'hôpital No d'employé Nom d'utilisateur <input type="checkbox"/> NON
k. Renseignements personnels (Ces questions vous seront posées par le centre de service à la clientèle afin de confirmer votre identification. Assurez-vous de ne pas oublier ces réponses.)	Le nom de fille de votre mère? Une date mémorable? Votre endroit préféré?
l. Rôle/Profession (sélectionnez une seule option)	
<input type="checkbox"/> Pharmacien licencié	<input type="checkbox"/> Dentiste
<input type="checkbox"/> Chiropraticien	<input type="checkbox"/> Optométriste
<input type="checkbox"/> Ergothérapeute	<input type="checkbox"/> Ergothérapeute - secteur public
<input type="checkbox"/> Physiothérapeute	<input type="checkbox"/> Physiothérapeute - secteur public
<input type="checkbox"/> Technologue de pharmacie licencié(e)	<input type="checkbox"/> Autre (specifier):
m. Demandez-vous accès à la Solution informatique de la santé public ? (SISP)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

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. L'information du PSP sera disponible par l'intermédiaire du DSÉ dès que le programme sera fonctionnel.

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

Je		accepte que:
NOM AU COMPLET EN LETTRES MOULÉES		
<ol style="list-style-type: none">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.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.Je dois prendre des mesures raisonnables pour empêcher tout accès non autorisé au DSÉ.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.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.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.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.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.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: EHRAccess@gnb.caJ'aviserai le bureau d'administration des comptes d'accès 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. EHRAccess@gnb.caLe ministère de la Santé peut annuler mon accès en cas de non-respect des obligations décrites dans le présent formulaire.Le ministère de la Santé peut annuler mon accès si je ne me suis pas connecté au DSÉ depuis plus de 4 mois.Il est entendu que l'utilisation du système fait l'objet d'une surveillance, incluant la validation de l'autorisation d'accès auprès de votre organisme responsable de la réglementation des licences.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 ainsi que la formation sur l'utilisation du DSÉ.		

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.

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

3. AUTORISATION DU GESTIONNAIRE - À être complété par le gestionnaire du requérant.

Cette section n'est pas requise pour les physiothérapeutes, les gestionnaires soit de pharmacies ou de pratique/clinique privée.

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:

- Toute l'information requise est complétée et exacte.
- 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

Nom au complet du gestionnaire (en lettres moulées)	
Signature du gestionnaire	
Date	
Adresse de courrier électronique	
Numéro de téléphone	

Veillez faire parvenir le formulaire complété attaché à un courriel destiné à : EHRAccess@gnb.ca ou par télécopieur/FAX au : (1-506) 462-2048.

Si vous avez des questions, faire parvenir un courriel à l'adresse suivante: EHRAccess@gnb.ca

Aug 2020 - FORMULAIRE DSÉ052