

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ ET DE NON-DIVULGATION

Vitalité Zone(s) : 1B 4 5 6 Établissement (s'il y a lieu) : _____

Au cours de mon association avec le **Réseau de santé Vitalité**, j'aurai accès à des renseignements et des documents de nature privée et confidentielle.

En conséquence, je m'engage à :

1. respecter les politiques et procédures relatives à la vie privée et à la protection des renseignements personnels, incluant les renseignements personnels sur la santé;
2. traiter tous les documents administratifs, financiers, relatifs aux patients, clients ou employés et tous les autres documents en tant qu'information confidentielle et à les protéger afin d'assurer leur totale confidentialité;
3. respecter la vie privée et la dignité des patients, des clients, des employés et de toute autre personne;
4. à moins de motif légitime relié à mon association avec l'employeur, ne répéter, divulguer, ni confirmer aucun des renseignements concernant les patients, les clients ou les employés, incluant :
 - la nature de la maladie, ses causes et son traitement,
 - toute information divulguée pour décrire cette maladie,
 - leurs réactions et leur comportement,
 - leur situation financière, leur vie privée ou tout autre renseignement personnel,
 - tous les documents accumulés au cours d'un traitement et d'une interaction,
 - et toute information conduisant à leur identification.
5. éviter tout accès, utilisation ou divulgation inapproprié des renseignements confidentiels;
6. accéder uniquement aux renseignements nécessaires pour mon travail;
7. accéder aux renseignements qui concernent ma propre santé uniquement par l'entremise du service archives cliniques ou du dépositaire désigné de mes renseignements;
8. protéger mon nom d'utilisateur et mon mot de passe;
9. accéder, traiter et transmettre les renseignements confidentiels en utilisant uniquement le matériel informatique, les logiciels et autres équipements autorisés;
10. éviter de divulguer des données/ renseignements à un tiers à moins d'y être autorisé



DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ ET DE NON-DIVULGATION

Vitalité Zone(s) : 1B 4 5 6 Établissement (s'il y a lieu) : _____

Je reconnais que :

1. **le Réseau de santé Vitalité** procèdera à des vérifications périodiques pour s'assurer du respect de la présente déclaration ainsi que des politiques de confidentialité et de respect de la vie privée;
2. si j'ai droit à des accès électroniques interzones, les mêmes conditions d'entente demeurent en vigueur pour tous ces accès;
3. je respecterai les conditions énumérées dans la présente déclaration en garantissant qu'elles demeurent en vigueur, même si mon association cesse avec **le Réseau de santé Vitalité**;
4. je m'expose à des mesures disciplinaires allant jusqu'à une perte de privilèges, un licenciement, une résiliation de contrat ou toute autre sanction de même type relevant de mon association avec **le Réseau de santé Vitalité**, advenant toute violation de la présente déclaration, incluant la négligence des responsabilités indiquées ci-dessus et toute autre mesure raisonnable que je dois exercer dans le cadre de mes fonctions quotidiennes.

En signant, je confirme avoir lu et compris le document noté ci-haut.

Nom (en caractères d'imprimerie)

Signature

Date

Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)

Signature

Date