

Nouvelle Demande
 Demande de modification des informations

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: 1-506-462-2010

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

a. Nom au complet			
b. Titre			
c. Numéro de licence/immatriculation			
d. Adresse courriel préférée (Entrez l'adresse à laquelle vous voulez recevoir nos communications et le lien pour la formation en ligne.)			
e. Lieu de travail – le nom de l'établissement/clinique et l'adresse (numéro, rue, et ville) (Si vous travaillez dans plus qu'une pratique, veuillez inscrire le nom de la pratique où vous travaillez le plus souvent.)			
f. Autres lieu de travail – Nom de l'établissement/clinique			
g. Numéro de téléphone au travail			
h. Travaillez-vous également dans un hôpital?			
<input type="checkbox"/> OUI, veuillez remplir la section ci-dessous		<input type="checkbox"/> NON, veuillez remplir la section ci-dessous	
Nom de l'hôpital/établissement		Le nom de fille de votre mère?	
Numéro d'employé		Une date mémorable?	
ID - Utilisateur (pour accéder au réseau de l'hôpital)		Votre endroit préféré?	
i. Rôle/Profession (en choisir seulement un)			
<input type="checkbox"/> Chiropraticien(ne) <input type="checkbox"/> Dentiste <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Optométriste <input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Pharmacien(ne) licencié(e)		<input type="checkbox"/> Technologue de pharmacie licencié(e) <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) praticien(ne) <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) immatriculé(e) <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) auxiliaire licencié(e) <input type="checkbox"/> Autre (spécifier):	
j. Demandez-vous accès à la Solution informatique de la santé publique (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"> 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. 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. 3. Je dois prendre des mesures raisonnables pour empêcher tout accès non autorisé au DSÉ. 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. 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. 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. 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. 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. 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: EHRAccess@gnb.ca 10. J'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. Adresse électronique: EHRAccess@gnb.ca 11. Le ministère de la Santé peut annuler mon accès en cas de non-respect des obligations décrites dans le présent formulaire. 12. Le ministère de la Santé peut annuler mon accès si je ne me suis pas connecté au DSÉ depuis plus de 4 mois. 13. 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. 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 ainsi que la formation sur l'utilisation du DSÉ. 15. Je vais aviser l'Administrateur du DSÉ par courriel à l'adresse suivante : EHRAccess@gnb.ca dès que je n'aurai plus besoin d'accéder au DSÉ et de fournir la raison telle que: <ul style="list-style-type: none"> • Congé de maternité; • Congé de maladie dont la durée est plus d'un mois; • Congé d'éducation; • Retraite ou fin de l'emploi; • Tout autre congé d'une durée de 3 mois ou plus; <p>Au besoin, je vais indiquer la date que j'ai l'intention retourner au travail.</p>		

En apposant ma signature ci-dessous, je reconnais avoir pris connaissance et compris les modalités susmentionnées que je m'engage à respecter. Je reconnais qu'accéder au DSÉ est un privilège et que le ministère de la santé doit contrôler l'accès aux renseignements personnels sur la santé qu'il contient. 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 (si applicable)

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

**Nom au complet du gestionnaire
(en lettres moulées)**

Titre du poste du gestionnaire

Signature du gestionnaire

Date

Adresse courriel

Numéro de téléphone

4. ENTENTE POUR CONTRÔLE DE L'ACCÈS – À compléter si vous n'avez pas un(e) gestionnaire

La personne suivante peut être contactée par le ministère pour vérifier si j'ai encore besoin d'accéder au DSÉ. Dans le cas où je ne peux pas prévenir le ministère avant de quitter mon travail temporairement ou de façon permanente, cette personne le fera à ma place et pourra expliquer la situation.

Personne à contacter

Lien avec l'utilisateur du DSÉ

Courriel

Téléphone

Signature de la personne à contacter

Date

Signature de l'utilisateur du DSÉ

Date

Veillez retourner ce formulaire dûment signé, daté en pièce jointe à l'adresse suivante : EHRAccess@gnb.ca ou par télécopieur/FAX au numéro 1-506-462-2010.

Si vous avez des questions concernant l'accès au DSÉ, envoyez un courriel a: EHRaccess@gnb.ca

Février 2021
FORM DSE066