

Instructions pour compléter le formulaire de demande d'accès au DSÉ (DSE066)

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.

REMARQUE: S'il manque des renseignements, votre demande d'accès ne sera pas traitée et l'on communiquera avec vous pour les obtenir.

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.	Numéro de licence/immatriculation	Entrez votre numéro de licence / d'immatriculation
d.	Adresse courriel	Entrez l'adresse à laquelle vous voulez recevoir le lien pour les formations en ligne.
e.	Lieu de travail	Entrez le nom, le numéro, l'adresse et la ville de l'établissement. Si vous travaillez dans plusieurs établissements, veuillez noter le nom de votre lieu de travail principal.
f.	Autres lieux de travail	Nom des établissements
g.	Numéro de téléphone au travail	Entrez le numéro de téléphone où l'on peut vous joindre au travail.
h.	Travaillez-vous également dans un hôpital?	
	Informations sur votre facilité du RRS	Si oui, veuillez fournir les informations suivantes: <ul style="list-style-type: none"> • Nom de l'hôpital/établissement • Numéro d'employé • Nom d'Utilisateur AD de la Zone/RRS.
	Renseignements personnels	Si non, veuillez répondre aux trois questions obligatoires. Ces questions seront posées par le centre de service à la clientèle afin de confirmer votre identification <ul style="list-style-type: none"> • Le nom de fille de votre mère? • Une date mémorable? • Votre endroit préféré?
i.	Rôle/Profession	Ne sélectionnez qu' <i>un seul choix</i> et soyez précis;

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.
-----------	---------------------------------	---

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

SECTION 4 – ENTENTE POUR LE CONTRÔLE D'ACCÈS:

a.	Contrôle d'accès	Veuillez compléter l'entente de contrôle d'accès et vous assurez que votre personne contacte signe la section du témoin au bas de la page.
-----------	-------------------------	--

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 : 1-506-462-2010 REMARQUE: Le code régional n'est pas requis dans la région de Fredericton.
b.		Gardez le formulaire de demande d'accès original.

PROCHAINE ÉTAPE

Votre demande va être vérifiée et si vous n'avez pas de compte, un compte sera créé pour vous. Si tous les champs sont remplis, vous recevrez par courriel les informations et le lien pour compléter les deux formations obligatoires : obligations d'accès et protection des RPS; et la formation sur le DSÉ.