

## 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.

### 1. Renseignements concernant l'utilisateur – à être complété par le requérant

<b>a. Nom au complet</b>	
<b>b. Titre du poste actuel</b>	
<b>c. Numéro de licence</b>	
<b>d. Sexe</b> (M ou F – optionnel)	
<b>e. Adresse de courrier électronique (courriel)</b> (Entrez l'adresse à laquelle vous voulez recevoir le lien pour la formation en ligne en matière de protection des renseignements personnels.)	
<b>f. Nom de la pharmacie ou nom de la pratique/clinique privée suivi de l'adresse</b> (No et rue). (Si vous travaillez dans plus d'une pharmacie, inscrire le nom de la pharmacie où vous travaillez le plus souvent.)	
<b>g. Cité / Ville</b> (Pharmacie)	
<b>h. Deuxième lieu de travail</b> (Nom de la pharmacie ou nom de la pratique/clinique privée.)	
<b>i. Numéro de téléphone au travail</b>	
<b>j. Travaillez-vous également dans un hôpital? Si oui</b> , 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  <input type="checkbox"/> NON
<b>k. Renseignements personnels</b> (Ces questions pourraient vous être posées par le centre de service à la clientèle afin de confirmer votre identification. Assurez-vous de ne pas oublier ces réponses.)	
i. Le nom de fille de votre mère ? ii. Une date mémorable ? iii. Votre endroit préféré ?	
<b>l. Rôle/Profession (en choisir un seulement)</b>	
<input type="checkbox"/> Pharmacien licencié travaillant - secteur privé seulement (Groupe 53)  <input type="checkbox"/> Pharmacien licencié travaillant - secteur privé et public (Groupe 37)	

#### 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 visualiseur Concerto dès que le programme sera fonctionnel.**

Pour toutes questions au sujet du PSP, veuillez envoyer un courriel à l'administrateur du SIM à l'adresse suivante : [DISadministrator@gnb.ca](mailto:DISadministrator@gnb.ca)

**2. Attestation de l'utilisateur. À compléter, signer et dater par le requérant et son superviseur.**

<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 dois prendre des mesures raisonnables pour empêcher tout accès non autorisé au DSÉ.</li><li>3. 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>4. 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>5. 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>6. 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>7. 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>8. 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:EHRadministrator@gnb.ca">EHRadministrator@gnb.ca</a></li><li>9. J'aviserai le gestionnaire 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. <a href="mailto:PRIVSECTaccess@gnb.ca">PRIVSECTaccess@gnb.ca</a></li><li>10. Le ministère de la Santé peut annuler mon accès en cas de non-respect des obligations décrites dans le présent formulaire.</li><li>11. Il est entendu que l'utilisation du système fait l'objet d'une surveillance.</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?</b>	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais

**AUTORISATION DU PHARMACIEN GESTIONNAIRE POUR L'ACCÈS AU DSÉ PAR UN PHARMACIEN**

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.

<b>Nom au complet du pharmacien gestionnaire (en lettres moulées)</b>	
<b>Signature du pharmacien gestionnaire</b>	
<b>Date</b>	
<b>Adresse de courrier électronique</b>	
<b>Numéro de téléphone</b>	

**Veillez faire parvenir votre demande d'accès au numéro de fax suivant : (1-506) 462-2048.**

Si vous avez des questions, envoyer un courriel à l'adresse suivante: [PRIVSECTaccess@gnb.ca](mailto:PRIVSECTaccess@gnb.ca)