

Dossier de santé électronique du Nouveau-Brunswick (DSÉ)

Initiative « Un patient, Un dossier » (UPUD)

Instructions pour compléter le formulaire de demande d'accès au DSÉ par un utilisateur du secteur privé

1. 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.**

Veuillez vous assurer de cliquer sur "**Enable Content**" si vous voyez ce message apparaître au haut de la page en jaune. S'il vous est impossible de compléter le formulaire en ligne, veuillez l'imprimer et le compléter manuellement.

PARTIE 1

- a. **Nom au complet:** Entrez votre prénom et nom de famille.
- b. **Titre du poste actuel:** Entrez le titre de votre poste ou emploi.
- c. **Numéro de licence:** Entrez votre numéro d'immatriculation. Pour les pharmaciens, entrez votre numéro d'immatriculation de l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick.
- d. **Sexe:** Entrez votre sexe soit M ou F (facultatif).
- e. **Adresse de courrier électronique:** Entrez l'adresse à laquelle vous voulez recevoir le lien pour la formation en ligne.
- f. **Nom de la pharmacie ou nom de la pratique/clinique privée suivi de l'adresse:** Entrez le nom de la pharmacie où vous travaillez le plus souvent. Veuillez inclure l'adresse (numéro et nom de la rue).
- g. **Cité / Ville /Communauté:** Entrez la ville ou communauté de votre lieu de travail principal.
- h. **Deuxième lieu de travail:** Entrez le nom d'une deuxième pharmacie dans laquelle vous travaillez, si tel est le cas.
- j. **Numéro de téléphone au travail:** Entrez le numéro de téléphone où l'on peut vous joindre au travail.
- k. **Travaillez-vous également dans un hôpital ou le secteur public?:** Cliquez sur OUI ou NON; Si vous cliquez sur oui, entrez le nom de l'établissement, votre numéro d'employé ainsi que votre nom d'utilisateur que vous utilisez pour connecter à votre réseau. Pour les employé(e)s d'Horizon, il s'agit d'un numéro à 8 chiffres.
- l. **Renseignements personnels.** Ces questions pourraient vous être posées par le centre de service à la clientèle afin de confirmer votre identification. Veuillez-vous assurer de ne pas oublier les réponses.
- m. **Rôle :** Ne sélectionnez qu'un seul rôle. Le rôle "*secteur privé et public*" doit être utilisé seulement si vous travaillez aussi dans une pharmacie à l'hôpital.

NOTA : S'il manque des renseignements, la demande ne sera pas traitée et on communiquera avec vous pour les obtenir.

Inscription au Programme de surveillance pharmaceutique (PSP):

Cette demande d'accès est également une demande d'inscription au PSP. Veuillez lire les renseignements et communiquez avec l'administrateur du Système d'information sur les médicaments (SIM) si vous avez des questions.

PARTIE 2 – Attestation de l'utilisateur

Je, ..., accepte : entrez votre nom au complet en caractères d'imprimerie;
Lisez toutes les conditions/obligations indiquées et s'il y a un article que vous ne comprenez pas, ne signez pas le formulaire; envoyez vos questions au responsable des accès au ministère à l'adresse suivante : EHRAdministrator@gnb.ca.

Si vous acceptez les conditions :

- i. imprimez le formulaire;
- ii. signez et datez votre demande; et
- iii. indiquer la langue de votre choix pour la formation.

Remettez le ensuite au pharmacien(ne) gestionnaire pour obtenir son autorisation et sa signature. Assurez-vous que toutes les informations requises sont complétées.

Si vous êtes le/la pharmacien(ne) gestionnaire, vous n'avez pas à obtenir une deuxième signature.

SOUMETTRE VOTRE DEMANDE D'ACCÈS

1. Numérisez/scannez le formulaire complété et l'attacher à un courriel destiné au gestionnaire des comptes à l'adresse suivante : PRIVSECTaccess@gnb.ca.

Si vous n'avez pas d'option pour numériser/scanner sur votre imprimante à la pharmacie, vous pouvez soumettre votre demande d'accès au **numéro de fax suivant : (1-506) 462-2048**

2. Gardez le formulaire de demande d'accès original.

Janvier 2016
FORMULAIRE DSÉ052a