



## Autorisation d'accès par procuration aux renseignements sur la santé du patient par le biais de mes soins de santé

Autoriser l'accès par procuration (remplir les sections A et B)  Révoquer l'accès par procuration (remplir la section C)

### Consentement éclairé : Patient

- Je reconnais que la personne nommée ci-dessus est mon mandataire désigné pour le portail **mes soins de santé**.
- J'autorise le ou les hôpitaux à permettre à la personne mentionnée ci-dessus d'accéder à mes renseignements personnels sur la santé stockés sur **mes soins de santé**.
- J'autorise cette personne à avoir accès à mes renseignements personnels sur la santé uniquement par l'entremise de **mes soins de santé**. Ce consentement n'autorise pas la communication de mon dossier de santé à mon mandataire désigné par d'autres méthodes ou sous d'autres formes.
- Je comprends qu'une fois que les renseignements ont été divulgués, ils peuvent être divulgués à nouveau par mon mandataire et les renseignements divulgués peuvent ou non être couverts par des mesures de protection de la vie privée.
- La participation à **mes soins de santé** et la désignation d'un mandataire sont entièrement volontaires.
- Je comprends que l'accès à **mes soins de santé** est fourni par le ou les hôpitaux pour la commodité des patients et que le ou les hôpitaux ont le droit de désactiver l'accès à **mes soins de santé** à tout moment pour quelque raison que ce soit.
- Je comprends que je ne suis pas tenu de désigner un mandataire et que je ne suis pas tenu de fournir cette autorisation.
- Je comprends que mon traitement ou d'autres services **mes soins de santé** ne seront pas conditionnels à ce que je fournisse ou non cette autorisation.
- Je comprends que si je ne fournis pas d'autorisation, l'hôpital ou les hôpitaux ne sont pas autorisés à fournir l'accès individuel susmentionné à **mes soins de santé**.
- Je comprends que je suis en mesure de révoquer cette autorisation à tout moment en fournissant une demande écrite de révocation à l'équipe de soutien **mes soins de santé**.
- Je comprends que si je révoque cette autorisation, le mandataire désigné n'aura plus accès à **mes soins de santé**.
- Je comprends que ma révocation n'est pas appliquée rétroactivement et n'aura aucune incidence sur toute divulgation qui a eu lieu avant le traitement de la demande de révocation.

### Entente d'utilisation de mes soins de santé : Mandataire

- Je comprends que **mes soins de santé** est un portail en ligne sécurisé pour les patients qui renferme des renseignements confidentiels sur la santé.
- Je comprends que si une autre personne reçoit l'identifiant d'ouverture de session et le mot de passe, elle peut être en mesure de consulter les renseignements personnels sur la santé du patient.
- Je conviens que j'ai la responsabilité de choisir un mot de passe confidentiel et de le garder en sécurité.
- J'accepte de ne pas partager l'ID d'ouverture de session et le mot de passe pour accéder au compte de ce patient sur le portail.
- Je suis d'accord de modifier le mot de passe si je crois qu'il peut avoir été compromis de quelque façon que ce soit.
- Je conviens que j'ai la responsabilité de m'assurer que l'appareil utilisé pour accéder à **mes soins de santé** est muni d'un système d'exploitation à jour et d'une protection adéquate contre les menaces en ligne.
- Je n'accéderai pas à **mes soins de santé** à partir d'un ordinateur public où je ne peux pas garantir la sécurité de l'appareil.







En signant ci-dessous, je reconnais avoir lu et compris ce document et je reconnais en outre que je lirai l'entente d'utilisation disponible au moment de l'activation en ligne.

Signature de la patiente/du patient ou du mandataire spécial : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(JJ/MM/AAAA)

Signature du mandataire par procuration : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(JJ/MM/AAAA)

Signature du témoin : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(JJ/MM/AAAA)

**Pour les témoins qui ne sont pas membres du personnel de l'hôpital :** La signature du témoin doit être un tiers neutre qui ne bénéficie aucunement de la signature de ce document juridique. Le témoin doit être une personne compétente de 16 ans ou plus et doit être présent et voir le patient signer le document.

**Partie C : Révoquer l'accès par procuration (veuillez remplir toutes les sections et écrire lisiblement en lettres moulées) à remplir par le patient ou le mandataire spécial**

Je demande la révocation de la procuration nommée ci-dessus de pouvoir accéder à mes renseignements de santé par le biais du portail **mes soins de santé**.

Signature de la patiente/du patient ou du mandataire spécial : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

