



Formulaire de demande d'accès à MyChart

MyChart du CHEO est un outil sûr offert en ligne qui permet aux patients d'accéder à certaines parties de votre dossier médical électronique au CHEO. Pour demander l'accès à MyChart, veuillez lire attentivement le présent formulaire et remplir les champs ci-dessous qui vous concernent.

Les plages d'âges suivantes dictent l'utilisation de MyChart :

- **De la naissance à 11 ans** : Le parent ou le tuteur peut obtenir un droit d'accès complet au dossier MyChart dès que la demande est approuvée. Le patient n'aura accès à l'outil qu'avec la permission du parent/tuteur légal. Le **parent/tuteur légal** doit compléter les sections A, B et D pour obtenir son propre accès et remplir la section C si vous souhaitez accorder l'accès au patient ou à une autre personne.
- **12 ans et plus** : Le patient peut obtenir un droit d'accès complet au dossier MyChart après approbation de la demande. Le parent ou tuteur légal aura accès avec l'autorisation du patient. **Le patient** doit compléter les sections A et D pour obtenir l'accès et remplir la section C pour accorder l'accès à son parent/tuteur légal ou à une autre personne..

L'accès à MyChart ne nuira aucunement à votre droit devant la loi d'accéder à votre dossier médical par d'autres moyens. Pour demander un exemplaire imprimé de votre dossier, veuillez communiquer avec le service des Archives médicales.

Section A

Information sur le patient: *(Il faut remplir toutes les sections – veuillez écrire lisiblement)*

Nom (de famille, prénom, initiales) _____
 Numéro de dossier médical (NDM) (voir la réceptionniste de la clinique) _____
 Date de naissance: _____
 Adresse: _____ Ville: _____
 Province: _____ Code postal: _____ Numéro de téléphone: _____
 Le patient compte-t-il accéder à MyChart? Si oui, il faut fournir l'adresse électronique du patient: _____

Section B

Parent/tuteur*:

Nom (de famille, prénom, initiales): _____
 Lien de parenté avec le patient: _____ Date de naissance: _____
 Même adresse que le patient (ci-dessus)
 Adresse: _____ Ville: _____
 Province: _____ Code postal: _____
 Adresse électronique: _____ Numéro de téléphone: _____

Section C

Désignation par procuration:

La présente section autorise le Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (CHEO) à divulguer vos renseignements personnels sur la santé à une autre personne (mandataire), au moyen du dossier My Chart du patient. Veuillez lire cette section attentivement. Elle doit être remplie par le patient (s'il est âgé de 12 ans et plus) ou par le parent/tuteur (s'il a moins de 12 ans).

Je demande que _____ (insérer le prénom et le nom de famille du mandataire) obtienne le droit d'accès à mes renseignements sur la santé qui se trouvent dans le portail MyChart du CHEO.

L'information sur mon mandataire:

Lien de parenté avec le patient: _____ Date de naissance: _____

Numéro de téléphone: _____

Adresse électronique: _____ Adresse électronique: _____

Même adresse que le patient

Adresse: _____ Ville: _____

Province: _____ Code postal: _____

Cette personne est mon mandataire MyChart désigné

- J'autorise le CHEO à divulguer les renseignements sur la santé contenus dans mon dossier MyChart ou le dossier MyChart de mon enfant à ce mandataire MyChart.
- Je n'autorise la divulgation de cette information que par le biais de mon dossier MyChart. Le présent formulaire n'autorise pas la divulgation de mon dossier médical à mon mandataire désigné par d'autres moyens ou autres formes.
- Je comprends qu'une fois que l'information aura été divulguée, elle peut être divulguée de nouveau par le mandataire et que l'information divulguée peut faire ou non l'objet de mesures de protection des renseignements personnels.

J'accepte les énoncés énumérés ci-dessus (veuillez cocher)

Je suis tout à fait libre de choisir de participer à MyChart ou de désigner un mandataire. Je comprends que je ne suis aucunement obligé(e) de désigner un mandataire MyChart ni de fournir cette autorisation. Je comprends aussi que l'administration de mon traitement médical ou la prestation d'autres services ne seront aucunement conditionnelles à ma décision de fournir cette autorisation. Je comprends toutefois que si je n'accorde pas d'autorisation, le CHEO n'est pas autorisé à accorder un droit d'accès à mon dossier MyChart à mon mandataire désigné.

Je peux retirer cette autorisation en tout temps en présentant une demande écrite à cet effet au service des Archives médicales du CHEO ou en remplissant le Formulaire de demande de désactivation de compte MyChart (formulaire no 4773). Je comprends que si je retire cette autorisation, le droit d'accès à mon dossier MyChart dont jouit mon mandataire désigné sera annulé. Je comprends que ma décision de retirer le droit d'accès n'aura aucune incidence sur les divulgations d'information antérieures à ma demande de révocation.

NOTE: Vous pouvez retirer le droit d'accès à votre mandataire en tout temps en remplissant la demande de désactivation MyChart.

Section D

Entente d'utilisation de MyChart

- Je comprends que MyChart est offert comme une source sûre et en ligne de renseignements sur la santé confidentiels et que si une autre personne reçoit mon code d'identité et mot de passe MyChart, cette personne pourra consulter mes renseignements sur la santé. Je conviens qu'il est de ma responsabilité de choisir un mot de passe confidentiel et d'en assurer la sécurité en tout temps. Je conviens de ne jamais partager mon code d'identité ni mon mot de passe MyChart. Je changerai mon mot de passe si je soupçonne qu'il ait été compromis d'une manière quelconque. Si je souhaite un jour permettre à une autre personne d'accéder à mon dossier MyChart, j'accorderai à la personne en question un droit d'accès par procuration à mon dossier MyChart.
- Je conviens qu'il est de ma responsabilité de voir à ce que le dispositif servant à accéder à MyChart est doté d'un logiciel d'exploitation à jour et est convenablement protégé contre les menaces en ligne, y compris un écran de veille protégé par mot de passe. Je n'accéderai jamais à MyChart au moyen d'un ordinateur public où je ne peux pas m'assurer de la sécurité du dispositif.
- Je comprends que MyChart compte des renseignements sur la santé sélectionnés et limités provenant de mon dossier médical et que MyChart ne reflète pas le contenu complet de mon dossier médical. Je comprends également qu'il est possible de demander une version imprimée de mon dossier médical au service des Archives médicales du CHEO.
- Je comprends que mes activités à l'intérieur de MyChart peuvent faire l'objet d'un suivi au cours d'une vérification informatique et que les renseignements que je saisis peuvent faire partie du dossier médical.
- Je comprends que le droit d'accès à MyChart sera suspendu après 18 mois d'inactivité. Je peux rouvrir le compte en consultant le service des Archives médicales du CHEO.
- Je comprends que le droit d'accès à MyChart est fourni par le CHEO afin de faciliter la tâche à ses patients et que le CHEO peut de tout droit désactiver mon droit d'accès à MyChart en tout temps, quelle que soit la raison. Je comprends que le choix d'utiliser MyChart est laissé à ma discrétion et que je ne suis aucunement obligé(e) de me servir de cet outil ou d'autoriser par procuration une autre personne à accéder à mon compte MyChart.
- Je conviens que le CHEO peut communiquer avec moi par voie électronique pour me fournir de l'information au sujet de MyChart ou pour demander des commentaires au sujet de mon expérience d'utilisation de MyChart.
- Le cas échéant, je consens à désigner la personne nommée ci-dessus comme étant une personne autorisée à accéder par procuration à MyChart, ce qui lui permet d'accéder à mes renseignements personnels sur la santé.
- Je conviens que le CHEO n'est pas responsable des erreurs contenues dans les renseignements que je fournis dans le présent formulaire ou de toute autre divulgation inappropriée d'information causée par ces erreurs.
- En signant ci-dessous, je reconnais avoir lu et comprendre le présent formulaire de consentement pour accéder à MyChart et la présente entente d'utilisation. Je conviens également de lire les Modalités qui s'afficheront à l'écran au moment d'activer mon accès en ligne.

J'accepte les énoncés énumérés ci-dessus (veuillez cocher)

Patient (s'il est âgé de 12 ans ou plus) OU parent/tuteur (s'il a moins de 12 ans):

Nom

Signature

Date

Si vous avez rempli la Section C, Il sera également demandé à la personne désignée comme votre mandataire de lire l'entente et de signer ci-dessous.

Nom

Signature

Date

Remplissez et remettez le formulaire à la réceptionniste de la clinique ou au service des Archives Médicales du CHEO à l'adresse suivante :

Par la poste : Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario
 À l'attention du : Service des Archives médicales,
 401, chemin Smyth, Ottawa (Ontario) K1H 8L1

Télécopieur : 613-738-4855

Courriel : mychart@cheo.on.ca

Un message électronique de bienvenue comptant des directives sera transmis à votre adresse électronique au cours des cinq jours ouvrables qui suivront.

La réceptionniste de la clinique doit remettre le formulaire au: service des Archives médicales du CHEO, à l'attention de: Administrateurs MyChart

RÉSERVÉ AU SERVICE DES ARCHIVES MÉDICALES: Traité par: _____ **Date:** _____