



## Formulaire de demande de désactivation de compte MyChart

- Je souhaite désactiver mon compte MyChart  Je souhaite désactiver **UNIQUEMENT** le droit d'accès de mon mandataire à mon compte MyChart.

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

Nom (de famille, prénom, initiales) \_\_\_\_\_

Numéro du dossier médical (NDM) \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Province: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Raison de la désactivation du compte: \_\_\_\_\_

### Désactiver **UNIQUEMENT** le droit d'accès de mon mandataire :

Je demande de **désactiver UNIQUEMENT le droit d'accès des personnes suivantes (mandataires)** à mes renseignements personnels dans MyChart, mais souhaite maintenir mon propre accès au service. Je comprends que cette personne n'aura plus accès à mon compte MyChart. *(veuillez indiquer le prénom et le nom de la personne à qui vous souhaitez retirer le droit d'accès).*

Si je désactive mon compte MyChart :

- Je comprends que mon compte MyChart sera désactivé au cours des 10 jours suivant la date de réception du présent formulaire de demande.
- Je comprends que tout droit d'accès par procuration à mon compte MyChart sera également désactivé avec mon compte MyChart.
- Je comprends que je devrai remplir le formulaire de demande d'activation si je souhaite m'inscrire de nouveau à MyChart.

Si je désactive **UNIQUEMENT** le droit d'accès de mon mandataire à mon compte MyChart :

- Je comprends que le compte MyChart du mandataire nommé ci-dessus sera désactivé au cours des 10 jours suivant la date de réception du présent formulaire de demande.
- Je comprends que je devrai remplir une nouvelle désignation de mandataire si je souhaite réactiver le droit d'accès du mandataire nommé ci-dessus à mon compte MyChart.

En signant ci-dessous, je reconnais avoir lu et compris le présent Formulaire de demande de désactivation de compte MyChart et je conviens de ses modalités.

Signature du patient (ou de la personne autorisée)

Date

Remplissez et remettez le formulaire au service des Archives Médicales du CHEO à l'adresse suivante :

**Par la poste** : Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (CHEO)

**Télécopieur** : 613-738-4855 **Courriel** : [mychart@cheo.on.ca](mailto:mychart@cheo.on.ca)

À l'attention du : Service des Archives Médicales

401, chemin Smyth, Ottawa (Ontario) K1H 8L1

**RÉSERVÉ AU SERVICE DES ARCHIVES MÉDICALES** : Traité par : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_