



Installation : _____

COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS PAR MESSAGERIE ÉLECTRONIQUE

Dossier : _____
Nom, prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj
NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm
Nom, prénom de la mère : _____

Ce formulaire ne remplace pas le formulaire d'autorisation à communiquer des renseignements contenus au dossier (AH-216), mais doit être complété et joint à l'autorisation lorsque l'envoi par courriel est demandé par le requérant.

Je comprends que les modes de communications jugés sécuritaires et confidentiels par le CISSS de la Montérégie-Ouest sont la télécopie, le courrier postal, le portail-usager d'un DSN/DMÉ et la messagerie sécurisée Outlook (entre adresses du réseau de la santé).

Je reconnais et je comprends que le CISSS de la Montérégie-Ouest ne peut garantir la sécurité, l'intégrité et la confidentialité des communications envoyées par un système de messagerie électronique.

Je comprends et accepte les risques suivants associés à l'utilisation d'un système de messagerie électronique :

- Transmission de renseignements à des tiers;
- Inspection et conservation des renseignements par les employeurs et les fournisseurs de services en ligne¹;
- Introduction d'un logiciel malveillant dans un système informatique;
- Réacheminement, interception, diffusion, mise en mémoire et modification des renseignements sans que l'expéditeur, le destinataire ou l'utilisateur ne le sache ou ne l'ait autorisé;
- Malgré la suppression des messages électroniques, la présence de copies de sauvegarde sur un système informatique;
- Divulgence de renseignements en vertu d'une obligation de signalement ou d'une ordonnance du tribunal.

Je confirme avoir eu l'occasion de poser toutes mes questions et obtenu des réponses satisfaisantes.

Je soussigné(e), _____, en ma qualité de ☐ usager ou ☐ représentant légal
Nom en lettres moulées

☐ autorise ou ☐ refuse, ☐ verbalement ou ☐ en personne que le CISSS de la Montérégie-Ouest communique des renseignements personnels ☐ me concernant ou ☐ concernant l'utilisateur identifié ci-haut par service de messagerie électronique à l'adresse suivante: _____.

Cette autorisation ou refus est valable pour une période de _____ jours à compter de la date de signature ou

☐ pour la durée des services de santé ou sociaux fournis par : _____.

Intervenant/Service/Programme

Je comprends que je peux révoquer cette autorisation ou ce refus en tout temps en complétant un nouveau formulaire.

Signature: _____

Usager ou représentant légal

OU Signature et titre: _____

Personne qui obtient l'autorisation ou le refus verbal

Nom en lettres moulées: _____

Date et Heure: _____

aaaa/mm/jj

Date et Heure: _____

aaaa/mm/jj

¹ Lorsque ce droit est reconnu par la Loi