

## Contrat d'affiliation à « Mon Dossier Santé » pour les professionnels et auxiliaires de santé

### 1. Préambule

L'association « Communauté de référence Dossier électronique du patient Neuchâtel » (CR DEP NE) est en charge de proposer, à l'ensemble de la population neuchâteloise et des professionnels de la santé exerçant sur le canton de Neuchâtel, un service d'accès au Dossier Électronique du Patient.

### 2. Désignation

« Mon Dossier Santé » est le projet neuchâtelois du Dossier Électronique du Patient (DEP) selon la Loi sur le Dossier Électronique du Patient (LDEP), ses ordonnances et annexes<sup>1</sup>.

### 3. Engagements de la CR DEP NE

La CR DEP NE s'engage à :

- ✓ Fournir des services répondants à l'ensemble des exigences légales applicables, et plus particulièrement en matière de sécurité de l'information et de protection des données relatives aux utilisateurs de la plateforme
- ✓ Demeurer une communauté de référence certifiée au sens de la LDEP par un organisme indépendant agréé par la Confédération
- ✓ Former les utilisateurs de « Mon Dossier Santé » à l'usage de la plateforme
- ✓ Fournir un service d'assistance par e-mail et par téléphone aux utilisateurs de « Mon Dossier Santé »
- ✓ Fournir les identifiants initiaux nécessaires à la 1<sup>ère</sup> connexion à « Mon Dossier Santé » une fois votre affiliation validée par la CR DEP NE
- ✓ Faciliter la création de comptes pour les professionnels et auxiliaires de santé
- ✓ Informer les prestataires de soins de tout changement relatif à la plateforme (p. ex. interruption de service planifiée)

---

<sup>1</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesetze-und-bewilligungen/gesetzgebung/gesetzgebung-mensch-gesundheit/gesetzgebung-elektronisches-patientendossier.html>

## 4. Engagements du professionnel de la santé

En tant que professionnel de la santé adhérant à la CR DEP NE :

- ✓ Je suis titulaire d'une autorisation de pratiquer dans le canton de Neuchâtel, conformément à la LS 800.1 et au règlement 801.100 du canton de Neuchâtel
- ✓ J'ai pris connaissance, ainsi que mes éventuels auxiliaires, du document « CGU Mon Dossier Santé (Professionnels et auxiliaires) » ; nous utiliserons le service proposé conformément à ces conditions générales et à leurs futures versions
- ✓ Je suis soumis, ainsi que mes éventuels auxiliaires, au secret médical ; je dois toujours constituer et conserver un dossier patient conformément à la loi de santé, indépendamment de « Mon Dossier Santé »
- ✓ Je possède ou vais créer un moyen d'identification électronique sécurisé fourni par un éditeur certifié afin d'accéder à la plateforme « Mon Dossier Santé » ; mes éventuels auxiliaires sont également soumis à cette obligation
- ✓ Je suis conscient qu'en tant que professionnel de la santé, je suis responsable de toutes les actions de mes auxiliaires de santé dans « Mon Dossier Santé »

## 5. Coordonnées professionnelles du professionnel de la santé responsable du DEP

Nom \* : \_\_\_\_\_ Prénom \* : \_\_\_\_\_

Rue / N° \* : \_\_\_\_\_

NPA / Localité \* : \_\_\_\_\_

E-mail \* : \_\_\_\_\_

Tél. \* : \_\_\_\_\_

Fonction \* : \_\_\_\_\_

Spécialisation \* : \_\_\_\_\_

N° GLN \* : \_\_\_\_\_ N° RCC \* : \_\_\_\_\_

## 6. Coordonnées du cabinet médical / institution

Nom de l'institution \* : \_\_\_\_\_

Rue / N° \* : \_\_\_\_\_

NPA / Localité \* : \_\_\_\_\_

Logiciel informatique de gestion des dossiers médicaux des patients utilisé (SI primaire) : \_\_\_\_\_

Antivirus utilisé \* : \_\_\_\_\_

Souhaitez-vous donner accès à vos collaborateurs / auxiliaires ?  Oui  Non

Si oui, merci de remplir l'annexe 1 en fin de ce contrat.

Veillez noter qu'il est possible de demander l'accès à « Mon Dossier Santé » pour un collaborateur ou un auxiliaire de santé à n'importe quel moment après votre affiliation à la CR DEP NE.

\* Les champs marqués d'un astérisque (\*) sont obligatoires.

## 7. Déclaration d'adhésion

Par ma signature, je consens expressément à l'adhésion à la CR DEP NE, à ses conditions générales d'utilisation et au contenu intégral du présent document pour utiliser « Mon Dossier Santé ». Je m'engage ainsi à respecter, et à faire respecter par les auxiliaires de santé dépendants de moi, la réglementation applicable ainsi que les directives spécifiques de la communauté relatives à l'utilisation du dossier électronique du patient.

Lieu et date\* : \_\_\_\_\_

Signature\* : \_\_\_\_\_

Merci de renvoyer ce contrat dûment signé à l'adresse suivante :

- Par e-mail (format PDF) : [info@mondossiersante.ch](mailto:info@mondossiersante.ch)
- OU par courrier : **Mon Dossier Santé (SP DEP NE)**  
C/o Service de la santé publique  
Rue des Beaux-Arts 13  
2000 Neuchâtel

### Annexes :

- *CGU "Mon Dossier Santé" (Professionnels et auxiliaires)*
- *Statuts de l'Association CR DEP NE*
- *Règlement de fixation et paiement de la cotisation de l'Association CR DEP NE*
- *Règlement sur l'acquisition et la perte de la qualité de membre de l'Association CR DEP NE*
- *Formulaire d'annonce relative aux utilisateurs DEP*

Ces documents sont disponibles à l'adresse suivante :

<https://www.mondossiersante.ch/telechargements/>

**Annexe 1 : Coordonnées des collaborateurs ou des auxiliaires de santé rattachés au responsable****Collaborateur / auxiliaire 1 (p. ex. pharmacien-ne adjoint-e, assistante médicale) :**

Nom \* : \_\_\_\_\_ Prénom \* : \_\_\_\_\_

Rue / N° \* : \_\_\_\_\_ NPA / localité \* : \_\_\_\_\_

Courriel \* : \_\_\_\_\_ Tél. \* : \_\_\_\_\_

Date de naissance \* : \_\_\_\_\_ Sexe \* :  M  F

N° GLN : \_\_\_\_\_ Fonction\* : \_\_\_\_\_

**Collaborateur / auxiliaire 2 (si existant) :**

Nom \* : \_\_\_\_\_ Prénom \* : \_\_\_\_\_

Rue / N° \* : \_\_\_\_\_ NPA / localité \* : \_\_\_\_\_

Courriel \* : \_\_\_\_\_ Tél. \* : \_\_\_\_\_

Date de naissance \* : \_\_\_\_\_ Sexe \* :  M  F

N° GLN : \_\_\_\_\_ Fonction\* : \_\_\_\_\_

**Collaborateur / auxiliaire 3 (si existant) :**

Nom \* : \_\_\_\_\_ Prénom \* : \_\_\_\_\_

Rue / N° \* : \_\_\_\_\_ NPA / localité \* : \_\_\_\_\_

Courriel \* : \_\_\_\_\_ Tél. \* : \_\_\_\_\_

Date de naissance \* : \_\_\_\_\_ Sexe \* :  M  F

N° GLN : \_\_\_\_\_ Fonction\* : \_\_\_\_\_

Si vous souhaitez inscrire plus de 3 collaborateurs, un modèle Excel est disponible sur demande.