

Procuration pour la gestion du DEP d'un patient par un/des représentant(s)

1. Coordonnées

Madame / Monsieur, désigné(e) ci-après « le patient » :

Nom * : _____ Prénom * : _____

Rue / N° * : _____ NPA / Localité * : _____

E-mail * : _____

Tél * : _____ Sexe * : M F

N° AVS * : _____ Date de naissance * : _____

Nomme :

Représentant 1 :

Nom * : _____ Prénom * : _____

Rue / N° * : _____ NPA / Localité * : _____

E-mail * : _____

Tél * : _____ Sexe * : M F

N° AVS * : _____ Date de naissance * : _____

Représentant 2 (optionnel) :

Nom * : _____ Prénom * : _____

Rue / N° * : _____ NPA / Localité * : _____

E-mail * : _____

Tél * : _____ Sexe * : M F

N° AVS * : _____ Date de naissance * : _____

Représentant(s) du patient dans le cadre de la gestion de son Dossier Électronique du Patient (DEP). Cette procuration reste valable au-delà de la perte de la capacité du patient à exercer ses droits civils (art. 35, al. 1 CO), de même qu'après son décès.

Les détenteurs de la procuration sont autorisés à représenter légalement le patient dans la gestion de son DEP comme s'il agissait par lui-même. Par conséquent, les informations contenues dans le document « Informations aux patients utilisant Mon Dossier Santé » s'appliquent également et intégralement au(x) représentant(s). Le représentant doit néanmoins posséder sa propre identité électronique certifiée.

Les représentants sont ainsi autorisés à agir au nom du patient pour toutes les tâches relevant de la gestion du DEP, comme par exemple :

- Consultation et destruction de données médicales contenues dans le DEP
- Gestion des droits d'accès des professionnels de la santé au DEP, y compris en cas d'urgence médicale
- Information lorsqu'un professionnel de la santé rejoint un groupe ayant accès au DEP
- Attribution de niveaux de confidentialité aux documents contenus dans le DEP
- Consultation des historisations
- Substitution de leur pouvoir de représentation à un tiers
- Changement de communauté de référence
- Suppression du DEP (révocation du consentement)

Lorsque plusieurs représentants sont nommés par le patient, ils exercent individuellement leur pouvoir de représentation.

Le patient reconnaît par la présente comme légalement contraignants pour lui tous les actes exécutés par le représentant ou son remplaçant dans le cadre de la gestion de son dossier électronique du patient.

Les représentants peuvent également être autorisés par le patient, en leur nom et sous leur responsabilité, à confier à un remplaçant (substitut) l'exercice des droits découlant de la présente procuration : c'est le pouvoir de substitution.

Souhaitez-vous attribuer au représentant 1 ce pouvoir ? Oui Non

[Optionnel] Souhaitez-vous attribuer au représentant 2 ce pouvoir ? Oui Non

En cas de substitution, la communauté de référence doit obligatoirement être informée du changement de représentant dans les plus brefs délais, ceci afin de pouvoir octroyer les droits nécessaires au nouveau représentant.

Une modification / suppression de la relation de représentation peut être initiée auprès de la communauté de référence par le patient ou par son représentant.

Par ma signature, je consens à déléguer la gestion de mon dossier électronique du patient (DEP) à un ou plusieurs représentant(s) jusqu'à la date suivante :

2. Durée de la représentation :

Représentant 1* : Date limite : _____ **OU** Durée indéterminée

[Optionnel] Représentant 2* : Date limite : _____ **OU** Durée indéterminée

Lieu, date* : _____

Signature du patient* : _____

3. Signature(s) de(s) représentant(s)

Le « représentant 1 », par sa signature manuscrite, accepte le rôle de représentant tel que détaillé dans la présente procuration et confirme avoir pris connaissance des « Informations aux patients utilisant Mon Dossier Santé » :

Lieu, date* : _____

Signature du représentant 1* : _____

Veuillez également joindre à la présente procuration la copie d'une pièce d'identité en cours de validité pour chacun des représentants désignés.

[Optionnel] Le « représentant 2 », par sa signature manuscrite, accepte le rôle de représentant détaillé dans la présente procuration :

Lieu, date* : _____

Signature du représentant 2* : _____

Veillez également joindre à la présente procuration la **copie d'une pièce d'identité en cours de validité pour chacun des représentants désignés.**

Les données personnelles contenues dans ce document sont collectées uniquement afin de garantir un accès correct et rapide à « Mon Dossier Santé » pour le(s) représentant(s) désigné(s) par le patient. Ces données sont strictement limitées à l'usage de la CR DEP NE et stockées dans un fichier protégé, dont le maître de fichier est le responsable de la protection des données (DPO) de la CR DEP NE.

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