

## NCH Healthcare System – Demande de procuration MyChart® & Autorisation du patient

Le portail patient MyChart® permet d'accéder en ligne aux informations relatives aux patients, qui peuvent inclure une liste de problèmes, des allergies, des médicaments, des notes du médecin, des résultats de laboratoire et de radiologie, ainsi que d'autres documents cliniques.

L'accès par procuration permet d'accéder au compte MyChart® d'un patient du NCH Healthcare System. Vous pouvez demander un accès par procuration si vous êtes :

- Le parent ou tuteur légal d'un enfant mineur âgé de moins de 18 ans, ou ;
- Un tuteur légal ou décideur en matière de soins légalement nommé pour un patient de plus de 18 ans.

Veillez noter les limites d'âges suivantes pour l'accès au dossier MyChart® d'un mineur. Ces limites d'âge n'affectent pas le droit légal que vous avez d'accéder aux dossiers de votre enfant par d'autres moyens.

- Si votre enfant est âgé de 0 à 11 ans, le parent ou tuteur légal aura un accès complet au dossier MyChart® de l'enfant.
- Si votre enfant est âgé de 12 à 17 ans, le parent ou tuteur légal aura un accès partiel au dossier MyChart® de l'enfant.
- Une fois que votre enfant aura atteint l'âge de 18 ans, le parent ou tuteur légal n'aura plus accès au dossier patient MyChart®, sauf si le patient y consent.

### Informations sur le patient : (Patient pour lequel l'accès par procuration est demandé)

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom(s) précédent(s) ou autre(s), le cas échéant : \_\_\_\_\_

Votre relation avec le patient. Je suis :

\_\_\_\_\_ Parent \_\_\_\_\_ Tuteur légal\* \_\_\_\_\_ Conjoint \_\_\_\_\_ Enfant adulte \_\_\_\_\_ Autre\* \_\_\_\_\_

*\*Des documents juridiques peuvent être exigés (ordonnance du tribunal, procuration médicale, etc.)*

**Afin d'obtenir un accès par procuration au compte MyChart® d'un patient de NCH Healthcare System, veuillez remplir le formulaire ci-dessous.**

### Vos informations pour l'accès par procuration :

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone – Domicile / Mobile # : \_\_\_\_\_ Travail # : \_\_\_\_\_

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

Avez-vous été traité(e) dans un établissement NCH ou dans un cabinet NPG ? **Oui ou Non**

**Une copie d'une pièce d'identité avec photo doit être fournie et validée. Elle sera jointe à la présente demande.**

### AUTORISATION DE DIVULGUER DES INFORMATIONS MÉDICALES PROTÉGÉES

- Je comprends qu'en signant la présente autorisation, je fournis à NCH la documentation de mon autorisation de demander l'accès aux informations médicales protégées de ce patient via MyChart®.
- J'ai le droit d'accéder aux informations de santé protégées du patient en tant que parent, tuteur légal ou conjoint.
- Je **ne suis pas** un assistant familial du patient.
- Mes droits d'accès aux informations médicales protégées de ce patient n'ont pas été modifiés de quelque manière par un tribunal quelconque.
- Les documents que j'ai fournis à l'appui de mon droit d'accès aux informations médicales protégées du patient, le cas échéant, sont des copies exactes et correctes et sont les documents les plus récents relatifs à ce sujet.
- Je comprends que NCH se réserve le droit exclusif de déterminer s'il existe un droit de procuration et à qui il accordera des droits d'accès par procuration.
- Je comprends que cette autorisation doit être remplie complètement et signée et datée pour être pour être considérée comme valide, et que l'activation de la fonction d'accès par procuration MyChart® doit avoir lieu dans les 60 jours suivant la date de la présente autorisation.
- En tant que patient, j'autorise NCH Healthcare System à fournir un accès à MyChart® à la partie ci-dessus.

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur

\_\_\_\_\_  
Signature du patient si âgé de 12 ans ou plus

Numérisez et envoyez le formulaire à [MyChartproxy@nchmd.org](mailto:MyChartproxy@nchmd.org)