

## Contrat d'affiliation à Mon Dossier Santé (Professionnels de la 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.

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>.

### 2. Engagements de la CR DEP NE

La CR DEP NE s'engage à :

- ✓ Fournir des services répondants aux exigences légales applicables, 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
- ✓ 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)

### 3. Engagements du professionnel de la santé

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

- ✓ Je suis titulaire d'une autorisation de pratiquer dans le canton de Neuchâtel, conformément à

---

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

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 dois utiliser un moyen d'identification électronique sécurisé fourni par un éditeur certifié pour 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

#### **4. Informations relatives au professionnel de la santé responsable du DEP<sup>2</sup>**

Nom(s) \* : \_\_\_\_\_

Prénom(s) \* : \_\_\_\_\_

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

Tél. \* : \_\_\_\_\_

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

Spécialisation \* : \_\_\_\_\_

N° GLN \* : \_\_\_\_\_

En cas d'établissement d'un nouveau cabinet, veuillez indiquer la date d'installation prévue  
\* (jj.mm.aaaa) :

Déjà en activité

Installation prévue le : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>2</sup> Tous les champs marqués d'un astérisque (\*) sont obligatoires

## 5. Coordonnées du cabinet médical / institution

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

Rue / N° \* : \_\_\_\_\_

NPA / Localité \* : \_\_\_\_\_

Antivirus utilisé \* : \_\_\_\_\_

Logiciel de consultation utilisé (SI primaire) : \_\_\_\_\_

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

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

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

## 6. 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 mes auxiliaires de santé, la réglementation applicable ainsi que les directives spécifiques de la CR DEP NE relatives à l'utilisation du DEP.

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

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

Merci de renvoyer **toutes les pages** de ce contrat dûment signé par e-mail au format PDF ([info@mondossiersante.ch](mailto:info@mondossiersante.ch)) ou par courrier.

### Annexes disponibles sur notre site internet :

- *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*

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

Nom(s) \* : \_\_\_\_\_ Prénom(s) \* : \_\_\_\_\_

E-mail (individuel) \* : \_\_\_\_\_ Tél. \* : \_\_\_\_\_

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

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

**Collaborateur / auxiliaire 2 (facultatif) :**

Nom(s) \* : \_\_\_\_\_ Prénom(s) \* : \_\_\_\_\_

E-mail (individuel) \* : \_\_\_\_\_ Tél. \* : \_\_\_\_\_

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

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

**Collaborateur / auxiliaire 3 (facultatif) :**

Nom(s) \* : \_\_\_\_\_ Prénom(s) \* : \_\_\_\_\_

E-mail (individuel) \* : \_\_\_\_\_ Tél. \* : \_\_\_\_\_

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

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

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