

Instructions pour remplir le document Engagement à la confidentialité s'adressant aux utilisateurs des cabinets automatisés décentralisés (CAD) Médicaments au CHU Sainte-Justine



N'hésitez pas à consulter la **Procédure pour remplir et signer un document de façon électronique** qui est disponible sur le site de l'enseignement du CHU Sainte-Justine dans la section **Formulaire à compléter**.

Cette procédure vous explique comment remplir et signer un document de façon électronique à partir de votre cellulaire, votre tablette ou votre ordinateur (à partir d'un navigateur tel Microsoft Edge).

Le formulaire d'engagement à la confidentialité, ci-après le « **Formulaire** » peut être complété par l'une des méthodes suivantes :

- L'imprimer, le remplir et le signer manuellement puis prendre une photo du document rempli avec votre cellulaire. Joindre cette photo au courriel de réponse.
- L'imprimer, le remplir et le signer manuellement puis le numériser. Joindre le document numérisé au courriel de réponse.
- Le remplir et le signer électroniquement. Joindre le document numérisé au courriel de réponse.

Marche à suivre pour remplir correctement cet engagement à la confidentialité

1. Le **formulaire** à compléter se retrouve à la dernière page du présent document.
2. Lire le **formulaire et les politiques** en lien avec ce dernier, le cas échéant.
3. Saisir votre nom complet au premier paragraphe du formulaire en inscrivant votre **prénom** suivi de votre **nom** (en lettres carrées si vous remplissez le formulaire manuellement).

ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ S'ADRESSANT AUX UTILISATEURS DES CABINETS AUTOMATISÉS DÉCENTRALISÉS (CAD) MÉDICAMENTS AU CHU SAINTE-JUSTINE

JE, soussigné(e), **JUSTINE LACOSTE-BEAUBIEN** **CONFIRME** avoir été informé(e) de l'importance du respect de la confidentialité de mon code identificateur et mot de passe aux CAD de médicaments.

4. Inscrire à nouveau votre nom complet en commençant par votre **prénom** suivi de votre **nom de famille** (en lettres carrées si vous remplissez le formulaire manuellement).

Cette déclaration solennelle me lie, même après la cessation de mon emploi et/ou de mes activités au CHU Sainte-Justine.

JUSTINE LACOSTE-BEAUBIEN

Prénom et nom de la personne stagiaire au CHU Sainte-Justine

5. Placer votre curseur dans le champ de date. Cliquer sur la flèche du menu déroulant. Sélectionner la date à laquelle vous remplissez le formulaire.



6. Signer le document

JUSTINE LACOSTE-BEAUBIEN

Prénom et nom de la personne stagiaire au CHU Sainte-Justine

Justine Lacoste-Beaubien

Signature de la personne stagiaire

26/8/22

Date

Signature électronique

Si vous compléter le formulaire de manière électronique, veuillez-vous référer à la **Procédure pour remplir et signer un document de façon électronique**.

Signature manuscrite

Pour signer votre document de manière manuscrite, vous devrez l'imprimer et le signer. Vous pourrez alors prendre une photo du document ou le numériser pour ensuite le transmettre au CHU Sainte-Justine en répondant au courriel qui vous a été transmis initialement ou en l'envoyant à Stages.soins.infirmiers.hsj@ssss.gouv.qc.ca.

ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ S'ADRESSANT AUX UTILISATEURS DES CABINETS AUTOMATISÉS DÉCENTRALISÉS (CAD) MÉDICAMENTS AU CHU SAINTE-JUSTINE

JE, soussigné(e), _____ **CONFIRME** avoir été informé(e) de l'importance du respect de la confidentialité de mon code identificateur et mot de passe aux CAD de médicaments.

J'AI ÉTÉ INFORMÉ(E) ET JE COMPRENDS QUE mon mot de passe est strictement confidentiel, et qu'un accès aux CAD avec ce mot de passe et mon code identificateur m'est automatiquement imputé sur la liste de contrôle des accès aux CAD, en tenant compte des obligations reliées à la Loi sur les aliments et drogues, cette Loi réglementant certaines drogues et autres substances (i.e. stupéfiants, drogues contrôlées, benzodiazépines) et autres lois professionnelles applicables.

JE M'ENGAGE à respecter la confidentialité de mon mot de passe ainsi que de toutes les informations que je pourrai voir, entendre ou recueillir dans le cadre de mes fonctions, tel que stipulé dans le Code d'éthique du CHU Sainte-Justine, ceci conformément à La loi sur les services de santé et les services sociaux, au Code civil du Québec et à la Charte des droits et libertés de la personne.

JE M'ENGAGE à informer mon supérieur immédiat de tout incident susceptible de compromettre la confidentialité des renseignements personnels ou la sécurité des actifs informationnels.

JE M'ENGAGE ÉGALEMENT à limiter la consultation des renseignements confidentiels aux seules fins d'accomplissement de mes fonctions et à ne jamais dévoiler ces renseignements confidentiels à quiconque.

Cette déclaration solennelle me lie, même après la cessation de mon emploi et/ou de mes activités au CHU Sainte-Justine.

**Prénom et nom de la personne qui œuvre au CHU
Sainte-Justine**

Signature de la personne stagiaire

Date