

A PROPOS D'HEALTHINFONET & DE CE FORMULAIRE DE REFUS

Qu'est-ce qu'HealthInfoNet ? HealthInfoNet est un réseau informatique fiable qui rassemble vos données médicales provenant de différents lieux de soins dans un fichier électronique de santé de l'Etat. Vos professionnels de santé utilisent ces informations pour prendre les meilleures décisions possibles quant à vos soins. Cela peut également leur permettre de ne pas commettre d'erreurs, particulièrement en cas d'urgence. Votre dossier médical inclut des informations relatives aux médicaments prescrits, allergies, résultats de tests entre autres.

Mes informations sont-elles privées et protégées ? HealthInfoNet code toutes les informations et utilise des connexions informatiques sécurisées pour recevoir et partager vos données médicales. Seules les personnes impliquées dans vos soins ont accès à vos informations personnelles. Pour en savoir plus sur qui a regardé votre dossier HealthInfoNet et à quel moment, vous pouvez vous connecter à <http://hinfonet.org/for-patients>. Veuillez noter qu'aucun système n'est absolument sûr, mais HealthInfoNet met tout en œuvre pour protéger vos données.

Que signifie "refuser" ? Le Maine a des règles différentes en ce qui concerne le partage d'informations sur la santé mentale/le VIH. Ces informations sensibles demeurent privées à moins que vous ne choisissiez de les partager dans votre dossier HealthInfoNet. Si vous avez précédemment choisi d'inclure vos données de santé sensibles dans un dossier HealthInfoNet (c'est-à-dire que vous avez choisi de participer), mais que vous ne souhaitez plus partager vos informations avec les professionnels de santé faisant partie d'HealthInfoNet, vous devez vous désinscrire du service. Renseigner ce formulaire empêchera vos données médicales sensibles d'être accessibles à vos professionnels de santé, sauf dans le cadre d'un consentement verbal unique ou en cas d'urgence. Pour davantage d'informations, vous pouvez vous connecter en ligne à nos supports de communication : <http://hinfonet.org/for-patients>. Votre choix de partager ou non ces informations n'affectera en rien votre accès aux soins.

INSTRUCTIONS :

- **SI VOUS AVEZ PRECEDEMMENT ADHERE ET SOUHAITEZ PARTAGER VOS DONNEES MEDICALES SENSIBLES, NE COMPLETEZ PAS LE FORMULAIRE.**
- **SI VOUS AVEZ PRECEDEMMENT ADHERE ET NE SOUHAITEZ PAS PARTAGER VOS DONNEES MEDICALES SENSIBLES, VEUILLEZ COMPLETER LE FORMULAIRE CI-DESSOUS.**

Si vous souhaitez vous désinscrire du partage de vos données médicales sensibles avec HealthInfoNet, veuillez renseigner TOUTES les rubriques du formulaire suivant et le faire parvenir par courrier à HealthInfoNet à 60 Pineland Drive, Auburn Hall, Suite 305, New Gloucester, ME 04260 ou par fax au 207-541-9258.

Sinon vous pouvez également compléter ce formulaire en ligne ici : <https://map.hinfonet.org:8443/patientoptions/mhhivout>

JE CHOISIS DE NE PAS PARTAGER MES DONNEES MEDICALES SENSIBLES AVEC HEALTHINFONET

Je comprends que j'ai précédemment choisi de partager mes données médicales sensibles avec HealthInfoNet et que seulement si je coche la case appropriée ci-dessous, je révoquerais mon autorisation préalable quant au partage d'informations du type : santé mentale et/ou information sur le VIH. Si vous décidez plus tard que vous souhaitez inclure vos données de santé sensibles dans un dossier HealthInfoNet, vous pouvez compléter un formulaire d'"adhésion" en ligne : <http://hinfonet.org/for-patients>. Veuillez cocher la case correspondant à votre (vos) choix :

Informations relatives à la santé mentale ☐ JE N'AUTORISE PAS la divulgation de toute information liée à la santé mentale

Informations relatives au VIH ☐ JE N'AUTORISE PAS la divulgation de toute information liée au VIH

*Prénom**Deuxième prénom**Nom de famille*

*Adresse**Ville**Etat**Code Postal*☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Non-binaire

/ /

- -*Genre**Date de naissance (mm/jj/aaaa)**Numéro de Sécurité Sociale (optionnel)*

*Numéro de téléphone (XX-XX-XX-XX)**Adresse mail*

En signant, je comprends que mes données médicales sensibles ne seront pas disponibles aux professionnels de santé qui utilisent HealthInfoNet.

Signature du Patient/ Tuteur Légal

/ /
Date (mm/jj/aaaa)