

Aperçu

Le fait de remplir le présent formulaire fait office d’engagement à s’inscrire au programme de Dossiers médicaux électroniques du Nouveau-Brunswick administré par Velante Inc. Cela signifie également que chaque médecin participant s’engage à respecter les modalités qui lui permettent de s’inscrire au programme et nous permettent de recueillir ses coordonnées.

Pour assurer le traitement approprié de votre inscription, veuillez présenter un formulaire d’inscription par clinique/cabinet.

Étape 1 : Nom de compagnie/Nom Incorporé

À noter : Si vous êtes incorporé et que vous êtes le seul médecin du système de DME, veuillez utiliser le nom incorporé. Si plus d’un médecin fera partie du système de DME, veuillez utiliser un nom de clinique.

Étape 2 : Veuillez donner l’adresse de votre clinique/cabinet.

C’est l’adresse que le programme de DME utilisera pour toute la correspondance et les visites du site.

Adresse :

Téléphone :

Télécopieur :

Étape 3 : Veuillez nommer un responsable de la clinique.

Votre clinique/cabinet doit nommer un responsable principal chargé de coordonner les activités avec Velante Inc. Il peut s’agir de vous, de votre administrateur de cabinet ou d’un des médecins participants de la clinique. Toute correspondance future sera envoyée à cette personne. Tous les médecins qui désirent participer au programme de DME, y compris en tant que groupe, doivent signer la page 3 du présent formulaire; le responsable de la clinique est simplement notre point de contact principal durant la mise en œuvre des DME.

Salutation: Dr M. Mme

Nom :

Titre :

Adresse de courriel

(s’ils diffèrent de ceux donnés ci-dessus)

Téléphone du cabinet

Télécopieur du

cabinet

Étape 4 : Indiquez votre langue préférée.

Mon interface de DME sera en :

- Anglais
 Français

Étape 5 : Veuillez présenter les renseignements demandés au sujet de la clinique et du logiciel.

Vous joignez-vous au programme MFNB? Oui Non

Si oui, est-ce un site de DME existant ou un nouveau? _____

Travaillez-vous dans un cabinet privé? Oui Non

Si non, travaillez-vous dans un établissement d'une RRS? Oui Non

Vous joignez-vous à un établissement doté de notre système de DME? Oui Non

Si oui, veuillez donner le nom d'un médecin qui fait partie du système de DME. _____

Logiciel de facturation utilisé : _____

Logiciel de rendez-vous des patients utilisé : _____

Logiciel de DME utilisé : _____

Date de mise en œuvre : _____

Dans quelle forme consignez-vous les dossiers des patients et les notes cliniques?

Écrites à la main
 Écrites à la main et transcrites
 Dictées
 Saisies sous forme électronique
 Autre _____

Étape 6 : Veuillez fournir d'autres renseignements au sujet de la clinique.

Veuillez décrire votre clinique en fournissant les renseignements demandés.

Nombre de médecins de famille : _____

Nombre de spécialistes : _____

Nombre d'infirmières praticiennes : _____

Nombre d'infirmiers/infirmières immatriculés : _____

Nombre des autres membres du personnel clinique : _____

Nombre de membres du personnel administratif : _____

Étape 7 : Liste des médecins participants et signatures

Énumérez tous les médecins participants, y compris la personne autorisée à signer pour la clinique ou la personne responsable de la clinique (ou les deux), si elles sont également des médecins participants. Annexer d’autres copies de la présente page s’il faut plus d’espace.

Nous, les personnes soussignées :

- Consentement en matière de protection des renseignements personnels – comprenons et acceptons que les renseignements du présent formulaire seront recueillis, utilisés, conservés et divulgués au besoin seulement pour administrer le programme de DME et à nulle autre fin;
- Modalités – avons lu, compris et accepté les modalités décrites dans l’annexe A (ci-jointe).

Nom, coordonnées et signature du médecin	Nom		Spécialité	N° Permis
	Rue (si elle diffère de celle de la clinique)		Ville	Code postal
	Téléphone	<input type="checkbox"/> Rémunéré à l’acte <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Autre régime de financement	Adresse de courriel	
	Signature			Date de signature
Nom, coordonnées et signature du médecin	Nom		Spécialité	N° Permis
	Rue (si elle diffère de celle de la clinique)		Ville	Code postal
	Téléphone	<input type="checkbox"/> Rémunéré à l’acte <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Autre régime de financement	Adresse de courriel	
	Signature			Date de signature
Nom, coordonnées et signature du médecin	Nom		Spécialité	N° Permis
	Rue (si elle diffère de celle de la clinique)		Ville	Code postal
	Téléphone	<input type="checkbox"/> Rémunéré à l’acte <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Autre régime de financement	Adresse de courriel	
	Signature			Date de signature
Nom, coordonnées et signature du médecin	Nom		Spécialité	N° Permis
	Rue (si elle diffère de celle de la clinique)		Ville	Code postal
	Téléphone	<input type="checkbox"/> Rémunéré à l’acte <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Autre régime de financement	Adresse de courriel	
	Signature			Date de signature
Nom, coordonnées et signature du médecin	Nom		Spécialité	N° Permis
	Rue (si elle diffère de celle de la clinique)		Ville	Code postal
	Téléphone	<input type="checkbox"/> Rémunéré à l’acte <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Autre régime de financement	Adresse de courriel	
	Signature			Date de signature

Liste des employés participants et signatures

Énumérez tous les employés participants. Annexer d’autres copies de la présente page s’il faut plus d’espace.

Nous, les personnes soussignées :

- Consentement en matière de protection des renseignements personnels – comprenons et acceptons que les renseignements du présent formulaire seront recueillis, utilisés, conservés et divulgués au besoin seulement pour administrer le programme de DME et à nulle autre fin;
- Modalités – avons lu, compris et accepté les modalités décrites dans l’annexe A (ci-jointe).

Nom, coordonnées et signature	Nom	Poste / fonction	
	Rue (si elle diffère de celle de la clinique)	Ville	Code postal
	Téléphone	Adresse de courriel	
	Signature		Date de signature
Nom, coordonnées et signature	Nom	Poste / fonction	
	Rue (si elle diffère de celle de la clinique)	Ville	Code postal
	Téléphone	Adresse de courriel	
	Signature		Date de signature
Nom, coordonnées et signature	Nom	Poste / fonction	
	Rue (si elle diffère de celle de la clinique)	Ville	Code postal
	Téléphone	Adresse de courriel	
	Signature		Date de signature
Nom, coordonnées et signature	Nom	Poste / fonction	
	Rue (si elle diffère de celle de la clinique)	Ville	Code postal
	Téléphone	Adresse de courriel	
	Signature		Date de signature
Nom, coordonnées et signature	Nom	Poste / fonction	
	Rue (si elle diffère de celle de la clinique)	Ville	Code postal
	Téléphone	Adresse de courriel	
	Signature		Date de signature
Nom, coordonnées et signature	Nom	Poste / fonction	
	Rue (si elle diffère de celle de la clinique)	Ville	Code postal
	Téléphone	Adresse de courriel	
	Signature		Date de signature

Étape 8 : Veuillez poster ou télécopier le présent formulaire à l’adresse suivante :

Velante Inc.

Inscription au programme DME

23, boul. Alison

Fredericton (N.-B.) E3C 2N5

Tél : 1-844-452-0122

Fax : 1-844-452-0227

Courriel : info@velante.com

www.velante.com



Annexe A – Modalités

1. **Admissibilité.** Le médecin qui satisfait à tous les critères suivants (« médecin participant ») peut participer au programme de DME du Nouveau-Brunswick :
 - a. Pratique la médecine en solo ou comme membre d’une clinique avec d’autres médecins;
 - b. Détient un certificat valide délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick;
 - c. Prévoit gérer et maintenir des dossiers médicaux pour ses patients au moyen d’une application de DME offerte par Velante Inc.;
 - d. Est un médecin qui pratique dans un cabinet (c.-à-d., non seulement dans un hôpital ou un autre établissement qui a son propre système de dossiers médicaux électroniques) en tant que médecin de famille ou spécialiste;
 - e. Est responsable du maintien de dossiers médicaux pour ses patients, et il ne maintient pas ses dossiers dans un système de technologie de l’information fourni par un organisme comme un hôpital, un établissement de soins de longue durée ou un centre de santé communautaire;
 - f. Est rémunéré par l’Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick.
2. **Processus de mise en œuvre.**
 - a. Le personnel de la clinique ou du cabinet participe au besoin à toutes les activités de mise en œuvre et à toutes les activités suivant la mise en œuvre.
 - b. La quantité d’effort et de temps exigée pour la mise en œuvre fructueuse des DME dépend des compétences techniques du personnel, des processus actuels, de la préparation au changement, et des exigences particulières.
3. **Responsabilité a posteriori.**
 - a. Le médecin (ou les médecins participant) participe aux sondages suivant la mise en œuvre.
 - b. Les médecins participants continuent de se conformer aux modalités décrites dans la section 1 ci-dessus (« Admissibilité »).
 - c. Les médecins participants et le personnel de la clinique ou du cabinet participent à la formation pertinente relative à l’utilisation des dossiers de santé électroniques (DSE) avant la mise en œuvre de toute intégration entre les DME et les DSE.
 - d. Pour être admissible au financement d’Inforoute Santé du Canada et du ministère de la Santé, la clinique ou le cabinet doit démontrer son utilisation à la valeur clinique de niveau 1 des DME dans le délai de trois (3) mois après sa mise en service, et par la suite, de manière continue. Pour être réputé conforme, chaque médecin participant doit indiquer sa conformité à au moins six (6) des 11 critères suivants :
 - i. Saisir les notes sur la consultation
 - ii. Saisir les listes de problèmes
 - iii. Saisir les allergies
 - iv. Saisir les immunisations
 - v. Saisir les signes vitaux
 - vi. Saisir et imprimer les ordonnances nouvelles ou renouvelées
 - vii. Générer des avertissements automatisés à partir du DME
 - viii. Générer des rappels automatisés à partir du DME
 - ix. Visualiser les résultats de laboratoire à partir du DME
 - x. Visualiser les résultats d’imagerie diagnostique (ID) à partir du DME
 - xi. Créer des lettres de recommandation ou des rapports de consultation
4. **Partage de données.** La clinique ou le cabinet appuie l’initiative provinciale du dossier de santé électronique en fournissant des renseignements clés de la solution DME sélectionnée au dossier de santé électronique, conformément à l’entente conclue entre la SMNB et le ministère de la Santé. Il faut signer une entente détaillée de partage des données dans le cadre de l’entente de participation, avant la mise en œuvre des DME.

5. Calendrier des versements

Chaque médecin participant au programme de DME du Nouveau-Brunswick s’engage à faire un premier versement de 4000 \$ et à payer de façon continue des frais mensuels de maintenance et de soutien de 198 \$. Actuellement, une subvention de 2500 \$ est accordée aux médecins qui s’inscrivent en 2018. Les médecins doivent s’engager à participer pour au moins trois (3) ans. Les frais de 198 \$ + TVH (227,70 \$) doivent être payés chaque mois par prélèvement automatique. Les frais de maintenance et de soutien comprennent les frais de délivrance d’une licence pour un (1) médecin et deux (2) utilisateurs qui ne sont pas médecins, chacun utilisant le système simultanément. Chaque utilisateur qui n’est pas médecin est assujéti à des frais non récurrents de 500 \$, en plus de 150 \$ par année (s’il faut une connexion au système Citrix). Il n’y a pas de frais pour les étudiants en médecine et les médecins résidents.

Numéro de TVH de Velante Inc. : 80535 2903 RT0001.

6. Limitation de responsabilité et indemnité

- a. *Limitation de responsabilité.* Les pertes ou préjudices subis par une clinique ou ses médecins participants ou Velante Inc. découlant du non-respect des obligations de l’une ou de l’autre des parties seront compensés par une indemnité de dommages directs prouvés seulement et, en aucun cas, l’une ou l’autre des parties ne seront tenues responsables des autres pertes ou dommages accidentels, indirects, exemplaires, punitifs ou consécutifs (même si la partie causant lesdits dommages ou pertes a été avisée ou en connaissait la possibilité ou aurait pu les prévoir raisonnablement), ni des dommages comme la perte de revenus commerciaux, la perte de profits ou d’économies prévus ou la perte de données. La responsabilité globale d’une partie responsable des dommages associés aux présentes, quelle que soit la cause ou quelles que soient les causes en vertu de tout principe de droit, découlant d’un contrat, d’un délit civil ou autrement, se limite aux montants effectivement payés par une partie à l’autre.
- b. *Indemnisation par la clinique.* La clinique et chacun des médecins participants indemnise, défend et tient à couvert Velante Inc. en ce qui a trait aux réclamations et obligations de tierces parties ainsi que des pertes, des préjudices, des causes d’action ou des blessures découlant des réclamations, des coûts et des dépenses de tierces parties, lorsque la réclamation de la tierce partie a découlé de toute négligence grave ou d’une conduite fautive de la part de la clinique ou de ses médecins participants ou de son ou de leur inobservation des modalités de la présente entente.
- c. *Indemnisation par Velante Inc.* Velante Inc. indemnise, défend et tient à couvert la clinique et chacun de ses médecins participants en ce qui a trait aux réclamations et obligations de tierces parties ainsi que des pertes, des préjudices, des causes d’action ou des blessures découlant des réclamations, des coûts et des dépenses de tierces parties, lorsque la réclamation de la tierce partie a découlé de toute négligence grave ou d’une conduite fautive de la part de Velante Inc. ou de son ou de leur inobservation des modalités de la présente entente.

7. Autres formulaires connexes

Les formulaires suivants servent à établir les paiements mensuels et à prévenir Velante Inc. au sujet de tout changement touchant les médecins participants faisant partie de l’équipe du demandeur.

- a. *Formulaire de transfert électronique de fonds (TEF).* Le demandeur doit utiliser un formulaire de transfert électronique de fonds pour établir et modifier les instructions de paiement à Velante Inc. pour tous les paiements faits par le demandeur. Cela comprend les renseignements bancaires et la notification d’avis de paiement. Il faut annexer au formulaire un chèque annulé, le nom du demandeur devant être indiqué sur ce dernier. Tous les paiements sont effectués à partir du compte bancaire du demandeur indiqué sur le formulaire et non à partir du compte bancaire de chacun des médecins participants.
- b. *Avis de changement.* Le demandeur doit utiliser un formulaire d’avis de changement pour informer Velante Inc. au sujet de tout changement apporté au demandeur qui est requis pour administrer le programme. Cela comprend les changements apportés aux coordonnées, au nombre de médecins participants (départs, remplacements et ajouts), à la restructuration ou à la fermeture du cabinet du demandeur (l’avis devant être transmis trois (3) mois avant la date de fermeture).

8. Protection des renseignements personnels

- a. La clinique ou le cabinet doit se conformer à la législation relative à la protection de la vie privée applicable, y compris à la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé* (LAPRPS).
- b. Tous les médecins et le personnel de la clinique ou du cabinet participant au programme de DME comprennent et conviennent que les renseignements personnels et les autres renseignements recueillis au cours de l'exécution du programme sont recueillis, utilisés, retenus et divulgués afin d'administrer le programme de DME et à nulle autre fin, sauf lorsque la loi l'exige ou le permet. Seules les personnes ou les organismes autorisés par Velante Inc., la Société médicale du Nouveau-Brunswick et le ministère de la Santé ont accès auxdits renseignements et peuvent s'en servir.
- c. Les renseignements sur toute personne découlant du programme de DME sont ou peuvent être assujettis à la législation fédérale ou provinciale sur la protection des renseignements personnels qui est modifiée de temps à autre. Les participants et Velante Inc. s'engagent à respecter toute législation applicable concernant la protection des renseignements personnels en vigueur pendant la durée d'application de la présente entente.

9. Paiement

- a. Le non-respect des obligations de paiement obligera Velante Inc. à cesser d'offrir tous ses services au médecin, y compris l'intégration au programme provincial de dossiers de santé électroniques (DSE).