

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

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. 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 place 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.

Je préfère que toute communication avec Velante Inc. se fasse dans la langue suivante :

- Anglais
 Français

Étape 5 : Veuillez présenter les renseignements demandés au sujet du logiciel actuel.

Veuillez décrire votre environnement logiciel actuel. Si vous ne possédez pas les éléments ci-après, écrivez « Aucun ».

Logiciel de facturation utilisé : _____
Logiciel de rendez-vous des patients : _____

Logiciel de DME utilisé : _____
Date de mise en place : _____

- 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 total de médecins de famille : _____
Nombre total de spécialistes : _____
Nombre total de médecins suppléants : _____
Nombre total d’infirmières praticiennes : _____
Nombre total d’infirmiers immatriculés/infirmières immatriculées : _____
Nombre total d’apprenants (médecins résidents, étudiants en médecine, étudiants en soins infirmiers) : _____
Nombre total des autres membres du personnel clinique : _____
Nombre total de membres du personnel administratif : _____

**Programme de DME du Nouveau-Brunswick –
Formulaire d’inscription**

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

**Programme de DME du Nouveau-Brunswick –
Formulaire d’inscription**

Étape 7 : Liste d’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		Position	
	Rue (si elle diffère de celle de la clinique)		Ville	
	Téléphone		Adresse de courriel	
	Signature		Date de signature	
Nom, coordonnées et signature	Nom		Position	
	Rue (si elle diffère de celle de la clinique)		Ville	
	Téléphone		Adresse de courriel	
	Signature		Date de signature	
Nom, coordonnées et signature	Nom		Position	
	Rue (si elle diffère de celle de la clinique)		Ville	
	Téléphone		Adresse de courriel	
	Signature		Date de signature	
Nom, coordonnées et signature	Nom		Position	
	Rue (si elle diffère de celle de la clinique)		Ville	
	Téléphone		Adresse de courriel	
	Signature		Date de signature	
Nom, coordonnées et signature	Nom		Position	
	Rue (si elle diffère de celle de la clinique)		Ville	
	Téléphone		Adresse de courriel	
	Signature		Date de signature	
Nom, coordonnées et signature	Nom		Position	
	Rue (si elle diffère de celle de la clinique)		Ville	
	Téléphone		Adresse de courriel	
	Signature		Date de signature	
Nom, coordonnées et signature	Nom		Position	
	Rue (si elle diffère de celle de la clinique)		Ville	
	Téléphone		Adresse de courriel	
	Signature		Date de signature	

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

Velante Inc.

L’inscription au programme DME

418, rue York

Fredericton (N.-B.) E3B 3P7

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 d’inscription 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 (p. ex., non seulement dans un hôpital ou un autre établissement qui a son propre système de dossiers médicaux) 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.
 - g. Les médecins salariés doivent être à temps plein. Après la soumission du formulaire d’inscription à Velante, le ministère de la Santé du N.-B. examinera et approuvera toutes les soumissions des médecins salariés.

2. **Processus de mise en place.**
 - a. Le personnel de la clinique ou du cabinet participe au besoin à toutes les activités de mise en place et à toutes les activités suivant la mise en place.
 - b. La quantité d’effort et de temps exigée pour la mise en place 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 place.
 - 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 place 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 place des DME.

5. 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 l'autre des parties seront compensés par une indemnité de dommages directs effectivement 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, la non-réalisation 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 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 de ses 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 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 conduite fautive de la part de Velante Inc. ou de son ou de leur inobservation des modalités de la présente entente.

6. 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. *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 (avis dans le délai de trois (3) mois suivant la date de fermeture).

7. Protection des renseignements personnels

- a. La clinique ou le cabinet a la responsabilité légale de protéger les renseignements personnels de ses patients, conformément à la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé (LAPRPS)* du gouvernement du Nouveau-Brunswick.
- 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 si obligé ou permis par la loi. Seuls les personnes et les organismes autorisés par Velante Inc., la Société médicale du Nouveau-Brunswick et le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick 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.