

Demande d'autorisation et entente de confidentialité pour mandataire

Veillez fournir les renseignements demandés ci-dessous afin d'autoriser le Mandataire à avoir accès au Gen-Clozapine Accès Réseau. Si vous avez des questions n'hésitez pas à communiquer avec GenCAR au 1-866-501-3338.

*****Une fois complété : Télécopié le formulaire à GenCAR au 1-800-497-9592.*****

SECTION 1 - COORDONNÉES DU MANDATAIRE

Langue préférée :

Prénom Nom de famille

Tél.: Fax:

N^o d'identification GenCAR du mandataire **cocher ici si vous êtes le **Coordonnateur de Clozapine** et nécessitez un **ACCÈS** aux renseignements pour tous les patients de cet établissement.

SECTION 2 - ÉTABLISSEMENT associé au mandataire

Nom de l'établissement : Adresse:

Ville : Province: Code Postale:

Tél. : Fax:

SECTION 3 - MÉDECIN ou PHARMACIEN associé au mandataire (s.v.p. imprimez)

Nom du Médecin ou Pharmacien Nom du Médecin ou Pharmacien

Nom du Médecin ou Pharmacien Nom du Médecin ou Pharmacien

SECTION 4 - SIGNATURE DU MANDATAIRE

Compléter cette Demande d'autorisation et entente de confidentialité est indicatif de ma compréhension quant au fait que les renseignements inclus dans cette base de données sont confidentiels. J'accepte donc, par la présente, de signaler tout abus ou mésusage de ce système à Gen-Clozapine ACCÈS Réseau.

Signé ce _____ jour de _____ Signature: X

Signature du mandataire - nommé dans la SECTION 1

SECTION 5 - COORDONNÉES DU RESPONSABLE DU MANDATAIRE

Nom du Directeur ou Médecin Établissement: Tél.:

Je demande, par la présente, qu'on accorde à l'individu nommé dans la SECTION 1 de ce formulaire un accès au système de déclaration par Internet du Gen-Clozapine ACCÈS Réseau (GenCAR). Je certifie que cet individu a été conformément formé et qu'il est qualifié et autorisé à utiliser ledit système.

De plus, je certifie que cet individu gère actuellement le type de données dont est composée la base de données GenCAR et comprend que les renseignements contenus dans la base de données GenCAR sont confidentiels.

J'accepte donc, par la présente, de signaler tout abus ou mésusage de ce système à Gen-Clozapine ACCÈS Réseau. J'accepte également de prévenir GenCAR si individu quitte cet établissement.

Signé ce _____ jour de _____ Signature : X

Signature du Directeur autorisé ou Médecin