



AUTORISATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE D'UN PATIENT MAJEUR A GERER SON COMPTE myHCL

Conformément à l'article 2.3 du contrat d'inscription au service myHCL, en cas d'impossibilité ou de difficultés à accéder/utiliser le service ainsi proposé, vous pouvez si vous le souhaitez autoriser par écrit lors de votre inscription, ou plus tard, une personne à gérer votre espace myHCL.

Afin de préserver la confidentialité de vos données, il est prévu que cette personne ne pourra être que votre « personne de confiance » si celle-ci a été désignée. Lors de votre entrée à l'hôpital, vous avez été informé de la possibilité de désigner une personne de confiance. La désignation de cette personne de confiance se fait par écrit ; une notice d'information et un formulaire prévus à cet effet vous a été ou vous sera donné.

La personne de confiance, cf. article L.1111-6 du Code de la santé publique, accompagne notamment le patient qui le souhaite dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. Cette personne de confiance peut être un parent, un proche ou le médecin traitant. Elle pourra être consultée au cas-où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire.

Je, soussigné(e), patient(e) des HCL :

M./Mme/Mlle _____

né(e) le ____ / ____ / _____ à _____

autorise ma personne de confiance, ci-après désignée, à gérer myHCL pour moi. :

M./Mme/Mlle _____

né(e) le ____ / ____ / _____ à _____

e-mail : _____

Ma personne de confiance pourra ainsi, accéder au service Internet sécurisé myHCL et renseigner à ma seule demande mon coffre-fort santé, à savoir:

- Effectuer toutes démarches administratives pour moi auprès des Hospices Civils de Lyon,
- Saisir des informations sur ma santé et mon suivi (poids, taille, contacts, événements, allergies, examens...) dans mon coffre-fort santé myHCL,
- Visualiser les courriers liés à ma prise en charge médicale transmis par l'hôpital (comptes rendus, lettres de sorties, rendez-vous, résultats...),
- Recevoir des informations ciblées sur ma pathologie,
- Répondre à des enquêtes de satisfaction transmises par les HCL,

J'ai été informé que cette autorisation permet à ma personne de confiance d'accéder à ma demande à certaines de mes données personnelles de santé, dans le seul but de m'aider dans mes échanges avec les HCL. **Si je souhaite désigner une autre personne de confiance ou révoquer la présente autorisation, j'en informerai le Service Inscriptions myHCL et mon équipe de soins à :**

Service Inscriptions MyHCL
DSII Hospices Civils de Lyon
61 Boulevard PINEL 69500 BRON
support.myhcl@chu-lyon.fr

Fait à _____ le ____ / ____ / _____

Signature du patient

Signature de la personne de confiance

AUTORISATION PAR LE PATIENT MAJEUR A PARTAGER SES DONNEES DE SANTE AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTE

J'autorise les professionnels de santé qui participent à ma prise en charge à visualiser mes données de santé saisies dans myHCL nécessaires à mon suivi médical.

Fait à _____ le ____ / ____ / _____

Signature du patient