



AUTORISATION D'UN TIERS A GERER LE COMPTE MYHCL D'UNE AUTRE PERSONNE

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 tierce personne à gérer votre espace myHCL.

Je, soussigné(e)

Nom du signataire _____ Prénom du signataire _____

Titulaire du compte myHCL ou Représentant/tuteur légal du titulaire du compte myHCL associé au patient des HCL :

Nom du patient _____ Prénom du patient _____

né(e) le ___ / ___ / _____ à _____

autorise la personne suivante à gérer myHCL pour moi / mon enfant / mon protégé :

M./Mme _____

né(e) le ___ / ___ / _____ à _____

e-mail : _____

Cette personne 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 cette personne 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 Hospices Civils de Lyon. **Si je souhaite désigner une autre personne ou révoquer la présente autorisation, j'en informerai le Service Inscriptions myHCL et mon équipe de soins à :**

Service Inscriptions myHCL
Direction des Systèmes d'Information et de l'Informatique HCL
162 avenue Lacassagne - 69003 Lyon
support.myhcl@chu-lyon.fr

Fait à _____ le ___ / ___ / _____

Signature du titulaire ou de son représentant/tuteur légal

Signature de la personne déléguée à gérer myHCL

AUTORISATION PAR LE PATIENT 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 titulaire du compte myHCL ou de son représentant légal