



AUTORISATION D'UN TIERS À GERER LE COMPTE MyCHAM D'UNE AUTRE PERSONNE



Conformément à l'article 2 du contrat d'inscription au service Portail Patient de MyCHAM, en cas d'impossibilité ou de difficultés pour le patient majeur à accéder/utiliser le service ainsi proposé, il pourra s'il le souhaite autoriser par écrit lors de son inscription, ou plus tard, sa personne de confiance à gérer son espace patient MyCHAM.

Je, soussigné(e), patient(e) du CH Albertville Moûtiers :

M./Mme/Mlle _____

né(e) le ____ / ____ / _____ , à _____ ,

autorise ma personne de confiance, ci-après désignée à gérer mon portail patient MyCHAM pour moi :

M./Mme/Mlle _____

né(e) le ____ / ____ / _____ , à _____

e-mail _____

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

- Effectuer toutes démarches administratives pour moi auprès des CH Albertville Moûtiers,
- Saisir des informations sur ma santé et mon suivi (poids, taille, contacts, événements, allergies, examens...) dans mon coffre-fort santé,
- 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 le CH Albertville Moûtiers,

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 le CH Albertville Moûtiers.

Si je souhaite désigner une autre personne de confiance ou révoquer la présente autorisation, j'en informerai le Service Inscriptions du CH Albertville Moûtiers à :

Service Inscriptions au Portail Patient du MyCHAM
CH Albertville Moûtiers
53 Rue Pierre de Coubertin, 73200 Albertville
support.mycham@cham-savoie.fr

Fait à _____ le ____ / ____ / _____

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

CH Albertville Moûtiers

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 le portail patient du MyCHAM nécessaires à mon suivi médical.

Fait à _____ le ____ / ____ / _____

Signature du patient :