eHealth Ontario

RÉSEAU ONE®

FORMULAIRE D'AUTORISATION PERSONNES-RESSOURCES DE SOUTIEN

Renseignements généraux

Les renseignements recueillis à l'aide du présent formulaire serviront seront utilisés par le service de dépannage de cyberSanté Ontario et les employés connexes pour vérifier le statut d'un particulier à titre de personne-ressource autorisée pour votre organisme. Il relève de votre responsabilité de veiller à ce que toutes les personnes mentionnées dans le présent formulaire connaissent nos procédures de soutien et de résolution d'incident.

1. Pour demander le retrait de personnes-ressources enregistrées existantes, veuillez téléphoner au service de dépannage au 1 866 250-1554 pour obtenir de l'aide.
2. Retournez le formulaire dûment rempli à servicedesk@ehealthontario.on.ca, ou composez le 1 866 250-1554 pour obtenir de l'aide.
3. Remplir tous les champs de la façon indiquée. Les champs marqués d'un symbole * sont obligatoires et nécessaires pour le traitement d'une demande.
4. Veuillez n'indiquer que des coordonnées d'affaires sur le présent formulaire. Une déclaration de confidentialité est incluse.
5. **Assurez-vous que toutes les coordonnées fournies dans le présent formulaire sont exactes et à jour. Veuillez informer immédiatement cyberSanté Ontario de tout changement.**

Renseignements sur l'emplacement

Veuillez fournir des renseignements détaillés ci-dessous concernant l'emplacement principal de votre organisme, qui correspond aux coordonnées de la personne-ressource mentionnée dans le présent formulaire. **REMARQUE :** Un espace est réservé au bas du formulaire pour fournir des renseignements détaillés concernant tout autre emplacement faisant partie du même organisme.

NOM DE L'ORGANISME* :

Nom de l'emplacement* :	**Nº de cyberSanté Ontario ou nº MSUID :**		
Adresse (inclure le numéro de bureau le cas échéant)* :	Ville* :	Province : Ontario	Code postal* :

Description du poste occupé par les personnes-ressources

Si aucun des postes mentionnés ci-dessous ne s'applique, communiquez avec le service de dépannage au 1 866 250-1554.

***** Ces postes sont obligatoires et les coordonnées des personnes-ressources pertinentes doivent être mentionnées dans le formulaire.
~ Les titulaires de ces postes ont le pouvoir de demander et d'apporter des changements au circuit ONE® Network de cyberSanté Ontario.

Géré par*~	Personne ayant la responsabilité générale d'un circuit ONE® Network en particulier (y compris les incidents et les changements), et qui possède un pouvoir de signature en matière de direction pour le circuit et les accords juridiques de ONE® Network.
Service de dépannage principal*	Personne ou équipe qui offre un soutien pour l'infrastructure et les composantes TI à l'emplacement. Fait office de point de contact unique en réaction à tout incident (interruptions imprévues) lié au circuit et a accès physiquement à l'équipement de cyberSanté Ontario sur place ou peut faciliter l'accès à l'emplacement au besoin.
Service de dépannage de secours*	Personne ou équipe qui offre un soutien pour l'infrastructure et les composantes TI à l'emplacement en soutien au service de dépannage principal.
Technique*~	Personne qui offre un soutien (de niveau 2 ou 3) pour ONE® Network à l'emplacement et peut aider avec des problèmes complexes de dépannage, des projets, initiatives et demandes.
Notification	Personne ou équipe ayant besoin de recevoir une notification des interruptions prévues ou imprévues (incidents).

Coordonnées de la personne-ressource de soutien autorisée

En vous servant des fonctions définies précédemment, fournissez ci-dessous les coordonnées de toutes les personnes-ressources de soutien de l'emplacement.

Prénom :	Nom :	Poste au sein de l'organisme : **veuillez choisir**
Téléphone *(inclure le poste) :*	Cell. :	Courriel :
Nom de la compagnie *(si tierce partie) :*		
Prénom :	Nom :	Poste au sein de l'organisme : **veuillez choisir**
Téléphone *(inclure le poste) :*	Cell. :	Courriel :
Nom de la compagnie *(si tierce partie) :*		
Prénom :	Nom :	Poste au sein de l'organisme : **veuillez choisir**
Téléphone *(inclure le poste) :*	Cell. :	Courriel :
Nom de la compagnie *(si tierce partie) :*		
Prénom :	Nom :	Poste au sein de l'organisme : **veuillez choisir**
Téléphone *(inclure le poste) :*	Cell. :	Courriel :
Nom de la compagnie *(si tierce partie) :*		

Prénom :	Nom :	Poste au sein de l'organisme : **veuillez choisir**
Téléphone *(inclure le poste) :*	Cell. :	Courriel :
Nom de la compagnie *(si tierce partie) :*		
Prénom :	Nom :	Poste au sein de l'organisme : **veuillez choisir**
Téléphone *(inclure le poste) :*	Cell. :	Courriel :
Nom de la compagnie *(si tierce partie) :*		
Prénom :	Nom :	Poste au sein de l'organisme : **veuillez choisir**
Téléphone *(inclure le poste) :*	Cell. :	Courriel :
Nom de la compagnie *(si tierce partie) :*		

Renseignements sur les emplacements supplémentaires

Fournissez ci-dessous des renseignements détaillés sur tout autre emplacement de votre organisme ayant les mêmes personnes-ressources que celles mentionnées dans le formulaire.

Nom de l'emplacement :	**N° de cyberSanté Ontario ou n° MSUID :**		
Adresse (inclure le numéro de bureau le cas échéant) :	Ville :	Province : Ontario	Code postal :
Nom de l'emplacement :	**N° de cyberSanté Ontario ou n° MSUID :**		
Adresse (inclure le numéro de bureau le cas échéant) :	Ville :	Province : Ontario	Code postal :
Nom de l'emplacement :	**N° de cyberSanté Ontario ou n° MSUID :**		
Adresse (inclure le numéro de bureau le cas échéant) :	Ville :	Province : Ontario	Code postal :
Nom de l'emplacement :	**N° de cyberSanté Ontario ou n° MSUID :**		
Adresse (inclure le numéro de bureau le cas échéant) :	Ville :	Province : Ontario	Code postal :
Nom de l'emplacement :	**N° de cyberSanté Ontario ou n° MSUID :**		
Adresse (inclure le numéro de bureau le cas échéant) :	Ville :	Province : Ontario	Code postal :

Renseignements supplémentaires

Décrivez ci-dessous tout renseignement supplémentaire pertinent *p. ex., renseignements sur un autre emplacement, coordonnées qui n'entraient pas dans l'espace fourni plus haut, etc.*

Confidentialité

Les renseignements recueillis dans ce formulaire sont conservés de façon strictement confidentielle une fois qu'ils ont été reçus par cyberSanté Ontario, et ils servent uniquement aux fins de l'installation et du maintien des circuits de cyberSanté Ontario. cyberSanté Ontario a pris des mesures de protection raisonnables pour assurer la sécurité et la confidentialité de tous les renseignements. cyberSanté Ontario prendra toutes les mesures raisonnables pour protéger les renseignements confidentiels contre toute divulgation ou utilisation non autorisée ou accidentelle.
Tous les renseignements recueillis à l'aide de ce formulaire et visant l'exécution des travaux découlant de la présente entente seront conservés de façon strictement confidentielle par cyberSanté Ontario. cyberSanté Ontario peut divulguer les renseignements confidentiels à ses employés, entrepreneurs et fournisseurs qui ont besoin des renseignements confidentiels pour donner suite à la demande d'un client en vertu de la présente entente.