

## AUTORISATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE D'UN PATIENT MAJEUR A GERER SON COMPTE MONGHT01

Conformément à l'article 2 du contrat d'inscription au service Portail Patient du CH Fleuryriat Bourg en Bresse, 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 monGHT01.

Je, soussigné(e), patient(e) du CH Fleuryriat Bourg en Bresse :

M./Mme/Mlle \_\_\_\_\_

né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

autorise ma personne de confiance, ci-après désignée à gérer mon portail patient monGHT01 pour moi. :

M./Mme/Mlle \_\_\_\_\_ né(e)  
le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ e-mail

Ma personne de confiance pourra ainsi, accéder au service Internet sécurisé Portail Patient monGHT01 et renseigner à ma seule demande mon coffre-fort santé, à savoir:

- Effectuer toutes démarches administratives pour moi auprès du CH Bourg en Bresse,
- 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 Bourg en Bresse,

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 Fleuryriat Bourg en Bresse. **Si je souhaite désigner une autre personne de confiance ou révoquer la présente autorisation, j'en informerai le Service Inscriptions du CH Bourg en Bresse à :**

Service Inscriptions au Portail Patient monGHT01  
CH Fleuryriat Bourg en Bresse  
900 Route de Paris, 01440 VIRIAT  
[portail-patient@ch-bourg01.fr](mailto:portail-patient@ch-bourg01.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 le portail patient du CH Fleuryriat Bourg en Bresse nécessaires à mon suivi médical.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature du patient