|  |  |
| --- | --- |
| **G:\eHealth\00 General\00.01 eHealth logo and Site plan\Logo eHealth 2017\ehealth rvb.jpg** | **Demande d’autorisation d’utilisation du service web RNConsult eHealth dans un environnement pseudo-compatible:****(Consultation du Registre National et des registres BCSS)** |

|  |  |
| --- | --- |
| A compléter par l’entité et retourner à: | ***Comité de sécurité de l’Information*** ***Chambre Sécurité Sociale et Santé******A l’attention de Joke Vanderpoorten******Quai de Willebroeck 38 à 1000 Bruxelles******Tél. : 02/ 741.84.27******E-mail : ivc@mail.fgov.be*** |

|  |
| --- |
| ***Identification de l’institution***  |
| **Dénomination**…..……………………………………………………………………………………………………………………………………........................**Rue** …………………………………………………………………………..…………….**N°** …….…….…… **Boîte** ………………**Code postale** ………….…………..… **Commune**………………..……………………………………………………………………………………………...**N° BCE**..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**N° INAMI** ….……………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………**N° EHP**[[1]](#footnote-1).………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………Het eHealth-certificaat[[2]](#footnote-2) wordt aangevraagd op basis van [ ]  N° BCE[ ]  N° INAMI[ ]  N° EHP |

|  |
| --- |
| ***Identification de la gestion journalière de l’institution*** |
| **Nom et prénom …………..……………………………………………………………………………………………………………………………………****E-mail ……………………………………………………………………..……………………………………………………………………………….……………..** |
| ***Identification du délégué à la protection des données (DPO)*** |
| **Nom et prénom …………..…………………………………………………………………………………………….....…………………………………****E-mail ……………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………….……..** |
| ***Contexte de la demande ( nom du projet, contexte, bases légales)*** |
| ***…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*** |
| ***But de la demande d’autorisation d’accès à un ou plusieurs services RNCONSULT EH dans un environnement pseudo-compatible*** |
| ***………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*** |
| ***Contact pris avec le Single Point of Contact PSEUDO de la Plate-forme eHealth ( pour analyser les interactions, dépendances, ..)***[ ]  oui[ ]  non. Dans ce cas, je m’engage à prendre contact avec le Single Point of Contact PSEUDO de la Plate-forme eHealth ( pour analyser les interactions, dépendances,..)  |
| ***Environnement[[3]](#footnote-3)* Acceptation** [ ]  **Production** [ ]  |
| **Application ID\*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*Seulement en cas d’adaptation d’un ApplicationID |

|  |
| --- |
| **Commentaires et remarques éventuels :****………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..** |
| ***Services demandés et type de données (conformes à l’autorisation)*** |
| cochez la/ les case(s) appropriée(s)  |
|[ ]  PSEUDOPERSONSERVICE  | Indiquer la liste des données autorisées |
|[ ]  PSEUDOINSCRIPTIONSERVICE + PSEUDO PERSONNOTIFICATIONSERVICE  | /Indiquer la liste des données autorisées  |
| Durée de l’abonnement (durée maximale d’une inscription) – cf.autorisation : ………… Mois / Année(s)*Durée indéterminée: limitée à 30 ans* |

|  |
| --- |
| ***Délibérations juridiques (à annexer à la présente demande) [[4]](#footnote-4)*** |
| Références aux délibérations d’application pour *:* |
|[ ]  Autorisation RN | Titre complet de la délibération + date + référenceSi d’application : Préciser la durée d’autorisation en indiquant la date de fin |
|[ ]  Délibération CSI ( Registres BCSS) | Titre complet de la délibération + date + référenceSi d’application : Préciser la durée d’autorisation en indiquant la date de fin |
|[ ]   Autres (décret,..) |  |
| ***Points d’attention*** |
| * L’autorisation d’utilisation d’un web service de la plate-forme eHealth est toujours limitée à une finalité précisée dans la demande.
* L’utilisation des web services exige la mise en place d’un logging; la plate-forme eHealth conserve toutes les requêtes et toutes les réponses. Dans le cas de l’utilisation d’un numéro de programme ou d’un NISS générique, il appartient à l’institution utilisatrice de conserver un logging de la requête permettant de déterminer la personne physique utilisatrice du web services. Ces loggings sont à conserver pendant minimum 10 ans.
* Votre DPO dit veiller à ce que les consultations de ce service soient uniquement réalisées par du personnel spécifiquement désigné à cet effet.
* Si votre agrément est retiré ou a pris fin, si des modifications dans la structure juridique ou administrative interviennent, votre organisation doit immédiatement informer la Plate-forme eHealth.
* Votre organisation s’engage à informer d’initiative la Plate-forme eHealth en cas d’ adaptation juridique influençant la présente demande d’accès ou si le flux de données est adapté après l’ouverture des webservices.
* Si une autorisation juridique limite la durée d’accès, il est demandé à votre organisation d’informer d’initiative la Plate-forme eHealth 3 mois avant la fin de cette période pour prendre les mesures nécessaires.
* Si votre organisation décide de ne plus utiliser les services concernés par la présente demande d’accès, il est demandé de prévenir immédiatement la Plate-forme eHealth.
 |
| ***Pour l’institution*** |
| **Le responsable de l’institution**  | **Le délégué à la protection des données (DPO)** |
| Nom : ..................................................................................Date : .................................................................................Signature : | Nom : ..................................................................................Date : .................................................................................Signature : |
| ***Pour la plate-forme eHealth*** |
| **Le service PPKB de la plate-forme eHealth** | **Le service sécurité de la plate-forme eHealth** |
| Nom : ..................................................................................Date : .................................................................................Signature : | Nom : ..................................................................................Date : .................................................................................Signature : |

1. Uniquement pour les établissements de soins identifiés par un numéro de la plate-forme eHealth [↑](#footnote-ref-1)
2. Plus d’information sur le certificat eHealth: <https://www.ehealth.fgov.be/ehealthplatform/fr/service-certificats-ehealth> [↑](#footnote-ref-2)
3. L’accès peut être demandé pour les deux environnements simultanément. [↑](#footnote-ref-3)
4. CSI (avant : Comité sectoriel) [↑](#footnote-ref-4)