|  |  |
| --- | --- |
| **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 + référence  Si d’application : Préciser la durée d’autorisation en indiquant la date de fin | | |
|  | Délibération CSI ( Registres BCSS) | Titre complet de la délibération + date + référence  Si 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)