

## Engagement au respect de la confidentialité dans le cadre de l'utilisation du Dossier Patient Informatisé

Je soussigné(e)

NOM

Prénom

Exerçant, au Centre Hospitalier du Mans,

Des fonctions de

Dans le service de

S'engage à :

- Prendre connaissance des principes de confidentialité du dossier patient informatisé ORBIS et à en respecter les exigences,
- Limiter ses accès aux seuls patients pour lesquels il est amené à intervenir dans le cadre de sa mission hospitalière,
- A ne pas divulguer son mot de passe,
- A verrouiller sa session ou à se déconnecter de l'application dès qu'il quitte un poste de travail

Le Mans, le \_\_\_\_\_

**Signature**