



## AUTORISATION DE DELEGATION DE LA GESTION DE L'ESPACE PRIVE MyHNO POUR UN PATIENT MAJEUR



Conformément à l'article 1 des conditions générales d'Utilisation au service MyHNO, en cas d'impossibilité ou de difficultés pour le patient majeur d'accéder ou d'utiliser le télé-service proposé, il pourra s'il le souhaite autoriser par écrit lors de son inscription, ou plus tard, une tierce personne à gérer son espace patient MyHNO.

Je, soussigné(e), patient(e) de l'Hôpital NORD OUEST :

M./Mme/Mlle \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

autorise

M./Mme/Mlle \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

à gérer mon espace privé du portail patient MyHNO en mon nom.

La personne désignée ci-dessus pourra ainsi, accéder au service Internet espace privé MyHNO et renseigner à ma seule demande les éléments me concernant, à savoir :

- Effectuer toutes démarches administratives pour moi auprès des établissements de l'Hôpital NORD OUEST.
- Saisir des informations sur ma santé et mon suivi (poids, taille, contacts, événements, allergies, examens...) dans mon coffre-fort santé,
- 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 l'Hôpital NORD OUEST,

J'ai été informé(e) que cette autorisation permet à la personne désignée ci-dessus d'accéder à mes données personnelles et de santé, dans le seul but de m'aider dans mes échanges avec l'Hôpital NORD OUEST.

Si je souhaite désigner une autre personne ou révoquer la présente autorisation, j'en informerai le Service Inscriptions de l'Hôpital NORD OUEST par l'envoi d'un **courrier** à :

Service Support MyHNO - Direction des Services Numériques de Territoire  
HOPITAL NORD OUEST Plateau D'Ouilly 69400 GLEIZE

Ou par **mail** à l'adresse suivante : [support.myhno@lhospitalnordouest.fr](mailto:support.myhno@lhospitalnordouest.fr)

Fait à \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Signature du patient :**

**Signature de la personne désignée  
à la gestion de l'espace privé MyHNO :**