

## Formulaire de demande d'accès et de rectification – Dossier de santé électronique

---

### Aperçu

Le présent formulaire sert à demander l'accès au dossier de santé électronique (DSE) et la rectification des renseignements personnels sur la santé (RPS) qu'il contient. Vous pouvez faire une demande pour votre propre dossier ou celui du particulier pour lequel vous agissez comme mandataire spécial au sens de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*.

### Directives

1. Remplissez les champs obligatoires (\*).
2. Envoyez le formulaire rempli et les documents à l'appui demandés par la poste ou par télécopieur :
  - a) Adresse postale :

Santé Ontario - Programme de  
protection de la vie privée  
525, avenue University, Suite 500  
Toronto, ON M5G 2L3
  - b) Télécopieur : 416 586-4397 ou 1 866 831-0107

**N'envoyez pas le formulaire par courriel. Toute demande reçue ainsi sera refusée et supprimée, et son auteur devra en soumettre une nouvelle par la poste ou télécopieur.**

#### Des questions?

Si vous avez des questions sur le formulaire et la façon de le remplir, communiquez avec le Bureau de la protection de la vie privée des Services numériques de Santé Ontario, aux coordonnées suivantes :

- **Téléphone** : 416 946-4767 ou 1 888 411-7742, poste 64767
- **Courriel** : [OH-DS\\_privacy@ontariohealth.ca](mailto:OH-DS_privacy@ontariohealth.ca)

*N. B. : N'indiquez aucun renseignement personnel sur la santé dans votre courriel (numéro de carte Santé, antécédents médicaux, etc.).*

**Adresse postale :**

Santé Ontario - Programme de protection de la vie privée  
525, avenue University, Suite 500  
Toronto, ON M5G 2L3

- **Télécopieur :** 416 586-4397 ou 1 866 831-0107

**Pour en savoir plus, consultez notre site Web :**

<https://ehealthontario.on.ca/fr/patients-and-families/accessing-your-ehr>



REMPLIR LES CHAMPS OBLIGATOIRES (\*)

TYPE DE DEMANDE (cochez une seule case)		
<input type="checkbox"/> ACCÈS OU RECTIFICATION : RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ DU DEMANDEUR		
<input type="checkbox"/> ACCÈS OU RECTIFICATION : PERSONNE AUTORISÉE À DONNER UN CONSENTEMENT AU NOM D'UNE AUTRE		
<input type="checkbox"/> ACCÈS OU RECTIFICATION : RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ D'UN CLIENT (DEMANDE D'UN REPRÉSENTANT JUDICIAIRE AUTORISÉ)		

**SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR**

(À REMPLIR PAR LA PERSONNE QUI SOUMET LA DEMANDE)

*PRÉNOM		*NOM DE FAMILLE	*Titre
*ADRESSE POSTALE NUMÉRO		NOM DE LA RUE	N° D'APPARTEMENT
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	
*MODE DE COMMUNICATION PRIVILÉGIÉ <input type="checkbox"/> POSTE <input type="checkbox"/> TÉLÉPHONE <input type="checkbox"/> COURRIER ÉLECTRONIQUE		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (EN JOURNÉE)	MESSAGE VOCAL AUTORISÉ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
ADRESSE COURRIEL			

**SECTION 2 : PARTICULIER VISÉ PAR LA DEMANDE D'ACCÈS OU DE RECTIFICATION**

*PRÉNOM		*NOM DE FAMILLE	*Date de naissance MM/JJ/AAAA
*FOURNIR UN DES NUMÉROS SUIVANTS :			
<input type="checkbox"/> NUMÉRO DE LA CARTE SANTÉ DE L'ONTARIO : _____			
<input type="checkbox"/> NUMÉRO DE DOSSIER MÉDICAL ET NOM DE L'ORGANISME ÉMETTEUR : _____			
<input type="checkbox"/> NUMÉRO DE CLIENT DU SYSTÈME CHRIS (SYSTÈME CHRIS D'INFORMATION SUR LA SANTÉ DES CLIENTS) : _____			
*ADRESSE POSTALE NUMÉRO		NOM DE LA RUE	N° D'APPARTEMENT
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	

Si vous présentez cette demande en tant que mandataire spécial, vous devez joindre une photocopie du document attestant que vous pouvez agir à ce titre pour le particulier indiqué à la section 2. Il pourrait s'agir, par exemple, d'un document juridique démontrant que vous avez la garde exclusive ou que vous assurez la tutelle de la personne. Consultez pages 7 et 8 pour en savoir plus sur les types de documents pouvant servir de preuve.

<b>SECTION 3 : DEMANDE D'ACCÈS</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Répertoire des données cliniques (RDC) sur les soins actifs et communautaires</b> : Rapports cliniques, résumés de l'hospitalisation, et consultations et visites dans les services des urgences	Renseignements personnels sur la santé contenus dans le RDC sur les soins actifs et communautaires pour la période indiquée ci-dessous :  Du MM/JJ/AAAA au MM/JJ/AAAA (2014 et après)
<input type="checkbox"/> <b>Service commun d'imagerie diagnostique (SC ID) :</b> Rapports d'imagerie diagnostique  <b>N. B. :</b> Communiquez avec votre fournisseur de soins de santé pour obtenir une copie de votre résultat d'imagerie diagnostique.	Renseignements personnels sur la santé contenus dans le SC ID pour la période indiquée ci-dessous :  Du MM/JJ/AAAA au MM/JJ/AAAA (2014 et après)
<b>SECTION 4 : DEMANDE DE RECTIFICATION (NE PAS REMPLIR SI VOUS FAITES SEULEMENT UNE DEMANDE D'ACCÈS)</b>	
<b>La Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé (LPRPS) exige que les demandes de rectification visent les dossiers reçus lors d'une demande d'accès. Indiquez le nom du dépositaire de renseignements sur la santé ayant créé le dossier et autorisé l'accès ainsi que la période associée aux dossiers.</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Répertoire des données cliniques (RDC) sur les soins actifs et communautaires</b> : Rapports cliniques, résumés de l'hospitalisation, et consultations et visites dans les services des urgences	<b>Nom du dépositaire de renseignements sur la santé :</b>  Du MM/JJ/AAAA au MM/JJ/AAAA (2014 et après)  <b>OU</b>  Date de la visite : MM/JJ/AAAA
<input type="checkbox"/> <b>Service commun d'imagerie diagnostique (SC ID) :</b> Rapports d'imagerie diagnostique	<b>Nom du dépositaire de renseignements sur la santé :</b>  Du MM/JJ/AAAA au MM/JJ/AAAA (2014 et après)  <b>OU</b>  Date de la visite : MM/JJ/AAAA
<b>SECTION 5 : SANTÉ ONTARIO N'EST PAS AUTORISÉ À TRAITER LES DEMANDES D'ACCÈS ET DE RECTIFICATION AFFÉRENTES AUX DONNÉES CLINIQUES INDIQUÉES CI-DESSOUS. MERCI DE COMMUNIQUER AVEC L'ORGANISME APPROPRIÉ.</b>	
<b>Répertoire des données cliniques sur les soins de santé primaires</b> : Renseignements cliniques des fournisseurs de soins primaires (ex. : médecin généraliste ou médecin de famille) soumis au moyen de systèmes de dossiers médicaux électroniques reconnus	Pour les demandes d'accès et de rectification, communiquez avec le <b>Bureau du programme ClinicalConnect par téléphone au 905 577-8270, poste 9, ou par courriel à <a href="mailto:privacy@clinicalconnect.ca">privacy@clinicalconnect.ca</a>.</b>
<b>Système d'information de laboratoire de l'Ontario (SILO)</b> : Demandes d'analyses et de résultats provenant de laboratoires (urine, sang, microbiologie)	Pour les demandes d'accès et de rectification, communiquez avec le coordonnateur de l'accès à l'information et de la protection de la vie privée, <b>Bureau de l'accès à l'information et de la protection de la vie privée, ministère de la Santé, 99 Adesso Drive, 1er étage Concord (Ontario) L4K 3C7.</b>  <b>Téléphone : 416 327-7040</b> <b>Courriel : <a href="mailto:generalapo@ontario.ca">generalapo@ontario.ca</a></b>

**Médicaments et services de pharmacie :** Médicaments et services de pharmacie financés par l'État ainsi que médicaments contrôlés

Pour les demandes d'accès, communiquez avec la **ligne INFO de ServiceOntario, par téléphone au : 1 800 291-1405, ATS 1 800 387-5559.**

Pour les demandes de rectification, communiquez avec la **Direction de la mise en œuvre des programmes de médicaments de la Division des programmes publics de médicaments de l'Ontario, 5700, rue Yonge, 3<sup>e</sup> étage, Toronto (Ontario) M2M 4K5.**

**Les demandes par écrit doivent inclure au moins ce qui suit :**

- Nom et adresse, numéro de téléphone
- Date de naissance
- Numéro de carte Santé
- Signature

Indiquez les éléments à rectifier et la période concernée.

## SECTION 6 : POUVOIR DE PRÉSENTER LA DEMANDE

Je soussigné (je soussignée),

\_\_\_\_\_ (nom de famille et prénom de la personne autorisant l'accès ou la rectification)

déclare avoir le pouvoir légal de présenter cette demande, car je suis (**une seule** option possible) :

- le particulier indiqué à la **section 2**.
- le parent du particulier ou toute autre personne autorisée légalement à présenter une demande d'accès au nom d'un enfant de moins de 16 ans. Il est INTERDIT de présenter une demande d'accès aux renseignements personnels sur la santé d'un enfant au nom de celui-ci si les renseignements concernent un traitement auquel l'enfant a consenti de plein gré ou que l'enfant est en mesure de signifier qu'il ne souhaite pas que vous accédiez à ses demandes de règlement personnelles passées.
- le mandataire spécial du particulier indiqué à la **section 2**, qui n'est pas mentalement capable. Indiquez votre lien avec le particulier. Voir la liste des mandataires spéciaux autorisés dans les directives du formulaire (page 7).
- le fiduciaire de la succession du particulier ou quelqu'un ayant assumé la responsabilité de gérer sa succession.



Je comprends qu'une fausse déclaration est une infraction à la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé.

### SECTION 7 : TYPE DE DEMANDES PRÉSENTÉES PAR LE MANDATAIRE SPÉCIAL

Indiquez le type de document que vous soumettez (voir les directives aux pages 7 et 8). Exemple : document juridique de tutelle.

### SECTION 8 : SIGNATURE DU DEMANDEUR OU DU REPRÉSENTANT JUDICIAIRE

NOM (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) :

DATE : MM/JJ/AAAA

SIGNATURE :

En tant que représentant judiciaire, j'ai confirmé l'identité de mon client (la personne visée par cette demande) et j'ai fourni une autorisation de sa part.

### RÉSERVÉ À L'ORGANISME

Formulaire rempli :  Oui  Non

Date de réception : MM/JJ/AAAA

Identité vérifiée :  Oui  Non

Numéro du ticket pour la protection de la vie privée :

Remarques :

## DIRECTIVES SUPPLÉMENTAIRES POUR LES MANDATAIRES SPÉCIAUX

### Qu'est-ce qu'un « mandataire spécial » exactement? Et qui est autorisé à agir à ce titre pour un particulier selon la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*?

Un mandataire spécial s'entend de quiconque est autorisé en vertu de la Loi à consentir au nom d'un particulier à la collecte, à l'utilisation ou à la divulgation de renseignements personnels sur la santé le concernant.

Les mandataires spéciaux peuvent demander des renseignements personnels sur la santé au nom de particuliers qui ne sont pas mentalement capables de le faire. Vous pouvez agir à titre de mandataire spécial pour quiconque n'est pas capable de faire une telle demande si vous êtes capables **et** que vous êtes la personne la mieux placée pour le faire selon la liste ci-dessous, c'est-à-dire que vous êtes :

- un mandataire spécial au sens de la *Loi sur le consentement aux soins de santé*, si la collecte, l'utilisation ou la divulgation des renseignements du particulier vise la prise d'une décision de traitement;
- le tuteur à la personne ou aux biens du particulier;
- le procureur au soin de la personne ou aux biens du particulier;
- le représentant du particulier nommé par la Commission du consentement et de la capacité;
- le conjoint ou le partenaire du particulier;
- un enfant ou le père ou la mère du particulier, ou une société d'aide à l'enfance ou une autre personne qui a légalement le droit de donner ou de refuser le consentement à la place du père ou de la mère;
- le père ou la mère du particulier qui a un droit de visite à l'égard de ce dernier;
- un frère ou une sœur du particulier;
- tout autre membre de la famille du particulier;
- le tuteur et curateur public, si personne ne satisfait aux exigences.

### Comment un dépositaire de renseignements sur la santé détermine-t-il si une personne est le mandataire spécial d'un particulier décédé?

Lorsqu'un particulier décède, le fiduciaire de la succession ou la personne ayant assumé l'administration de la succession du défunt devient son mandataire spécial.

### Qui peut présenter une demande pour un enfant de moins de 16 ans?

1. **L'enfant**
2. **Son père ou sa mère** (y compris si l'enfant est capable), une société d'aide à l'enfance ou toute personne légalement autorisée à demander des renseignements personnels sur la santé à la place du père ou de la mère, **sauf dans les cas suivants** :

- Un enfant de moins de 16 ans ayant consenti à son propre traitement doit décider s'il consent à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels sur la santé liés à ce traitement.
- Si un enfant de moins de 16 ans est capable de présenter une demande et est en désaccord avec son père ou sa mère (ou avec quiconque légalement autorisé à présenter une demande à la place du père ou de la mère), la décision de l'enfant passe outre celle du parent (ou de quiconque légalement autorisé à présenter une demande à la place du père ou de la mère).

**N. B. :** Il existe deux situations dans lesquelles le parent (ou la personne légalement autorisée) ne peut pas présenter cette demande :

- Si les renseignements personnels sur la santé concernent un traitement auquel l'enfant a consenti (ou refusé de consentir);
- Si l'enfant est capable de consentir et prend une décision concernant ses renseignements personnels sur la santé qui va à l'encontre de celle de son père ou de sa mère (ou de la personne légalement autorisée).

### Pièces d'identité acceptables

Si la demande concerne les renseignements sur la santé d'un autre particulier, vous devez joindre **une** photocopie d'un des documents ci-dessous :

<b>Personne de 11 ans ou moins</b>	Certificat de naissance du particulier Pièces justifiant l'identité des deux parents et délivrée par une autorité fédérale, territoriale, provinciale, municipale ou nationale. Signature des deux parents dont le nom figure sur le certificat de naissance du particulier.
	Document légal démontrant que le mandataire spécial a la garde unique et entière ou la tutelle du particulier.
	Lettre d'un établissement de soins de santé confirmant que le mandataire spécial est autorisé à consulter les renseignements sur la santé du particulier.
<b>Personne de 12 à 15 ans</b>	Lettre signée par le particulier indiquant que le mandataire spécial est autorisé à consulter ses renseignements sur la santé.
	Carte étudiante ou pièce d'identité délivrée par une autorité fédérale, territoriale, provinciale, municipale ou nationale.
	Lettre d'un établissement de soins de santé confirmant que le mandataire spécial est autorisé à consulter les renseignements sur la santé du particulier.
<b>Personne de 16 ans ou plus</b>	Lettre signée par le particulier indiquant que le mandataire spécial est autorisé à consulter ses renseignements sur la santé.
	Pièce d'identité délivrée par une autorité fédérale, territoriale, provinciale, municipale ou nationale.
	Document légal démontrant que le mandataire spécial a la garde unique et entière ou la tutelle du particulier.
	Lettre d'un établissement de soins de santé confirmant que le mandataire spécial est autorisé à consulter les renseignements sur la santé du particulier.