

**DIRECTIVES À L'INTENTION DE LA PERSONNE PRÉSENTANT LA DEMANDE :**

- Veuillez fournir autant de renseignements que possible. Les champs comportant un astérisque (\*) sont obligatoires. cyberSanté Ontario pourra ainsi mieux répondre à votre demande.
- cyberSanté Ontario accepte uniquement les demandes provenant du patient ou de la personne autorisée à présenter une demande au nom du patient (p. ex., un mandataire spécial). Vous devrez fournir les renseignements suivants :
  - une preuve d'identité (voir les directives ci-jointes concernant les preuves d'identité acceptées);
  - si vous n'êtes pas le patient, vous devez démontrer que le patient vous a autorisé à prendre connaissance de ses renseignements (voir les directives ci-jointes concernant les preuves d'identité acceptées).
- La loi de l'Ontario sur la vie privée, *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* (LPRPS), permet à un organisme de soins de santé d'exiger des droits administratifs d'une personne qui souhaite obtenir une copie de son ou ses dossiers. Si les organismes qui ont entré les renseignements dans le dossier de santé électronique exigent des droits, nous vous demanderons de les régler avant de répondre à votre demande.
- Veuillez faire parvenir le formulaire dûment rempli, par la poste ou par télécopieur, aux coordonnées suivantes :
  - Par la poste : Bureau de protection de la vie privée de cyberSanté Ontario, P.O. Box 148, 777 Bay Street, Suite 701, Toronto, Ontario, M5G 2C8
  - Par télécopieur : 416 586-4397 ou 1 866 831-0107
- Veuillez ne pas envoyer ce formulaire par courriel.
- Pour toute question concernant ce formulaire, veuillez communiquer avec le Bureau de protection de la vie privée de cyberSanté Ontario, en composant le 416 946-4767 ou en faisant parvenir à [Privacy@ehealthontario.on.ca](mailto:Privacy@ehealthontario.on.ca) un courriel dans lequel vous aurez indiqué votre nom et votre numéro de téléphone.

<b>Type de demande :</b>		
<input type="checkbox"/> Demande d'accès	<input type="checkbox"/> Demande de rectification	
<b>COORDONNÉES DU DEMANDEUR</b>		
<i>(Doit être rempli par le demandeur)<sup>1</sup></i>		
*Prénom :	*Nom de famille :	
*Adresse postale :	*Titre :	
*Ville :	*Province :	*Code postal :
*Numéro de téléphone principal (jour) :		
Lien : <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Mandataire spécial :		
Principal moyen pour vous joindre : <input type="checkbox"/> Poste <input type="checkbox"/> Téléphone		Permission de laisser un message vocal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT</b>		
*Prénom :	*Nom de famille :	
*Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	*Date de naissance :                      JJ/MM/AAAA	
*Numéro de la carte Santé/**Numéro du dossier médical :		
*Nom de l'hôpital ou de la clinique qui a émis le numéro de dossier médical :		

<sup>1</sup> Si la demande est faite par un DRS, veuillez ne pas remplir la section *Renseignements sur le demandeur*, mais remplir plutôt la section *DRS seulement* à la page 3.

\*\*Le numéro de dossier médical est exigé seulement si le numéro de la carte Santé n'est pas disponible.

*Adresse postale :	*Numéro de téléphone principal (jour) :	
*Ville :	*Province :	*Code postal :

<b>TYPE DE DEMANDE (cocher toutes les cases qui s'appliquent)</b>		
<b>DEMANDE D'ACCÈS :</b>		
<input type="checkbox"/>	<u>Tous</u> les renseignements sur la santé vous concernant dans <b>connexionRGT (cRGT)</b>	
<input type="checkbox"/>	<u>Certains</u> renseignements sur la santé vous concernant dans <b>cRGT</b> (Insérer les renseignements pertinents ci-dessous). Renseignements ajoutés par les organismes de soins de santé suivants : _____  Renseignements entrés au cours de la dernière période de :	
	<input type="checkbox"/> Trois mois	<input type="checkbox"/> 12 mois
	<input type="checkbox"/> Six mois	<input type="checkbox"/> Cinq ans
	<input type="checkbox"/> Trois ans	<input type="checkbox"/> Tous les renseignements
	Type de renseignements : <input type="checkbox"/> Notes de l'hôpital (p. ex., évaluation que le médecin a faite de vous pendant vous étiez à l'hôpital) <input type="checkbox"/> Notes de la communauté (p. ex., évaluation du médecin dans une clinique en-dehors de l'hôpital) <input type="checkbox"/> Images diagnostiques (p. ex., radiographie, échographie)	<input type="checkbox"/> Laboratoires de diagnostic et de pathologie (p. ex., test sanguin, échantillon de tissu) <input type="checkbox"/> Autres résultats (p. ex., ECG, rapports neurologiques) <input type="checkbox"/> Allergies <input type="checkbox"/> Médicaments
<input type="checkbox"/>	Liste de <u>toutes</u> les personnes qui ont pris connaissance des renseignements à votre égard dans <b>cRGT</b> , ou	
<input type="checkbox"/>	Liste de <u>certaines</u> personnes qui ont pris connaissance des renseignements à votre égard dans <b>cRGT</b> (inscrire les renseignements pertinents ci-dessous). Une personne en particulier (inscrire son nom et l'endroit où elle travaille) : _____  Tout le personnel des organisations suivantes : _____	
	Personnes qui ont déjà vu mon dossier au cours de la dernière période de :	
	<input type="checkbox"/> 3 mois	<input type="checkbox"/> 12 mois
	<input type="checkbox"/> 6 mois	<input type="checkbox"/> 5 ans
	<input type="checkbox"/> 3 ans	<input type="checkbox"/> Tous les dossiers
<input type="checkbox"/>	Liste des directives sur le consentement que vous avez fournies à <b>cRGT</b> et des modifications que vous y avez apportées.	
<input type="checkbox"/>	Liste de <u>toutes</u> les fois où quelqu'un a dérogé à vos directives sur le consentement dans <b>cRGT</b> , ou	

<input type="checkbox"/>	Liste de <b>certaines</b> fois où quelqu'un a dérogé à vos directives sur le consentement dans <b>cRGT</b> (inscrire les renseignements pertinents ci-dessous).  Dérogation effectuée par une personne en particulier (inscrire son nom et l'endroit où elle travaille) : _____  Tout le personnel des organisations suivantes : _____		
	Seules les dérogations survenues au cours de la dernière période de :		
	<input type="checkbox"/> 3 mois	<input type="checkbox"/> 12 mois	<input type="checkbox"/> 5 ans
	<input type="checkbox"/> 6 mois	<input type="checkbox"/> 3 ans	<input type="checkbox"/> Toutes les dérogations
<b>Préciser la période visée par la présente demande (s'il y a lieu) :</b> À compter du : JJ/MM/AAAA Jusqu'au : JJ/MM/AAAA			
<b>DEMANDE DE RECTIFICATION (préciser ci-dessous en quoi consiste la rectification) :</b> Décrivez les renseignements qui, selon vous, sont inexacts ou ne sont plus à jour et notez la rectification suggérée en fournissant le plus de détails possible.			
<b>IDENTIFICATION</b>			
Veuillez joindre une photocopie des documents suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• une pièce d'identité;</li> <li>• si vous demandez de l'information sur la santé d'une autre personne, vous devez fournir la preuve que cette personne vous autorise à prendre connaissance de ces renseignements.</li> </ul>			
<b>Veuillez consulter les exigences relatives à l'identification à la fin du présent formulaire concernant les documents et pièces d'identité acceptables.</b>			
<b>SIGNATURE</b>			
Nom (en lettres majuscules) :		Date : JJ/MM/AAAA	
Signature :			
*Nom de l'établissement :		*Lieu/nom de l'hôpital :	
*Numéro du dossier médical du patient :		*Fonction du demandeur :	
*Prénom :		*Nom de famille :	
*Titre :	*N° au bureau (inclure le n° de poste) :	*Courriel au bureau :	
Directives particulières :			
<b>RÉSERVÉ À L'USAGE INTERNE DE cyberSANTÉ ONTARIO</b>			

Formulaire dûment rempli : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Ticket électronique Remedy n° :
Identité vérifiée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Remarques :	
<b>A L'USAGE DE L'UHN SEULEMENT</b>	
<input type="checkbox"/> Journaux produits et livrés à cyberSanté Ontario	Date : JJ/MM/AAAA

## EXIGENCES EN MATIÈRE D'IDENTIFICATION

### **Exigences en matière d'identification**

Veillez inclure des photocopies du ou des documents pertinents indiqués ci-dessous afin de confirmer que vous êtes autorisé à prendre connaissance des renseignements sur la santé, si vous demandez de tels renseignements au sujet d'une personne autre que vous-même.

Si vous éprouvez de la difficulté à obtenir les documents, vous pouvez demander à votre fournisseur de soins de santé de communiquer avec cyberSanté Ontario afin de confirmer votre identité ainsi que le fait que vous détenez l'autorisation nécessaire.

1. Si vous demandez des renseignements concernant votre propre santé, veuillez inclure une photocopie de l'un des documents énumérés dans la liste A.

2. Si vous demandez des renseignements concernant la santé d'une autre personne, vous devez inclure une photocopie de l'un des documents de la liste A, ainsi que la photocopie de l'un des documents de la liste B.

LISTE A : Preuve d'identité	LISTE B : Preuve d'autorité	
	Le patient est :	L'un des documents énumérés ci-dessous
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identification d'une autorité fédérale, provinciale, municipale ou étatique</li> <li>• Carte d'étudiant (si la personne est âgée de 18 ans ou moins)</li> </ul>	Âgé de 11 ans ou moins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificat de naissance de la personne</li> <li>• Identification des deux parents provenant d'une autorité fédérale, provinciale, municipale ou étatique</li> <li>• Signature des deux parents apparaissant sur le certificat de naissance</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un document légal démontrant que la personne a la garde exclusive ou la tutelle du patient</li> <li>• Une lettre d'un organisme de soins de santé confirmant que le demandeur est habilité à prendre connaissance des renseignements sur la santé</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une lettre signée par la personne précisant que le demandeur est habilité à prendre connaissance des renseignements sur sa santé</li> <li>• Une carte d'étudiant ou un document d'identité provenant d'une autorité fédérale, provinciale, municipale ou étatique pour la personne</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lettre d'un organisme de soins de santé confirmant l'identité du demandeur (c.-à-d., le fait que la personne est bien qui elle dit être)</li> </ul>	La personne a entre 12 ans et 18 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un document légal démontrant que le demandeur a la garde exclusive ou la tutelle de la personne</li> <li>• Une lettre d'un organisme de soins de santé confirmant que le demandeur est habilité à prendre connaissance des renseignements sur la santé</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une lettre signée par la personne précisant que le demandeur est habilité à prendre connaissance des renseignements sur sa santé</li> <li>• Un document d'identité provenant d'une autorité fédérale, provinciale, municipale ou étatique pour la personne</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un document légal démontrant que le demandeur a la garde exclusive ou la tutelle de la personne</li> <li>• Une lettre d'un organisme de soins de santé confirmant que le demandeur est habilité à prendre connaissance des renseignements sur la santé</li> </ul>
	La personne est âgée de 19 ans ou plus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une lettre signée par la personne précisant que le demandeur est habilité à prendre connaissance des renseignements sur sa santé</li> <li>• Un document d'identité provenant d'une autorité fédérale, provinciale, municipale ou étatique pour la personne</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un document légal démontrant que le demandeur a la garde exclusive ou la tutelle de la personne</li> <li>• Une lettre d'un organisme de soins de santé confirmant que le demandeur est habilité à prendre connaissance des renseignements sur la santé</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une lettre d'un organisme de soins de santé confirmant que le demandeur est habilité à prendre connaissance des renseignements sur la santé</li> </ul>

### **Exemples de documents**

Document	Exemple
Identification d'une autorité fédérale, provinciale,	Permis de conduire, passeport, carte de citoyenneté, certificat de statut d'Indien,

<i>municipale ou étatique</i>	<i>carte-photo de l'Ontario</i>
<i>Carte d'étudiant</i>	<i>Howard Park Public School, St. Vincent Academy, Parkdale Collegiate</i>
<i>Une lettre d'un organisme de soins de santé en Ontario</i>	<i>Une lettre de Mount Sinai Hospital indiquant que vous êtes Madame X ou que vous êtes Madame X et êtes habilitée à prendre connaissance des renseignements sur la santé de Madame Y.</i>