

APERÇU

Toute instruction que donne le patient d'interdire ou d'autoriser l'accès à ses renseignements personnels sur la santé (RPS) est appelée « directive sur le consentement ». Le système des dossiers de santé électroniques de l'Ontario comprend les répertoires de ConnexionOntario et des services communs d'imagerie diagnostique (SC ID), qui permettent aux cliniciens et aux fournisseurs de soins de santé de partager et de consulter vos RPS par voie électronique afin de vous soigner.

Remplissez ce formulaire afin d'interdire, de modifier ou d'autoriser l'accès à vos renseignements personnels sur la santé dans le système de dossiers de santé électroniques dans le cadre des soins.

Consultez le site Web de cyberSanté Ontario – <http://www.ehealthontario.on.ca> pour en savoir plus sur la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels sur la santé dans le système de dossiers de santé électroniques.

Remarque :

- Pour enregistrer une directive sur le consentement concernant les renseignements personnels sur la santé d'un patient dans le système d'information de laboratoire de l'Ontario (OLIS), y compris l'accès au système OLIS par l'intermédiaire du système de dossiers de santé électroniques, veuillez demander au patient d'appeler la Ligne INFO de ServiceOntario au 1-800-291-1405; téléimprimeur : 1-800-387-5559.
- Dans ce formulaire, le terme « patient » peut désigner le client ou la personne bénéficiant des services de soins de santé.

COMMENT REMPLIR CE FORMULAIRE?

1. Veuillez remplir les champs obligatoires (*)
2. Aux termes de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, cyberSanté Ontario accepte uniquement les demandes présentées par le patient ou le représentant légal autorisé à donner son consentement au nom du patient concernant la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels sur la santé du patient. Pour valider la demande, vous devrez :
 - a) Fournir un justificatif d'identité (p. ex., permis de conduire, pièce d'identité provinciale avec photo) - consultez la page 3 pour connaître les justificatifs d'identité demandés.
 - b) Si vous n'êtes pas le patient, fournissez un document prouvant que vous êtes le représentant légal du patient (p. ex., un document attestant la tutelle)
3. Envoyez le formulaire dûment rempli par voie postale ou électronique à :
 - a) Courrier :
Bureau de la protection de la vie privée de cyberSanté Ontario
C.P. 148
Toronto (Ontario) M5G 2C8
 - b) Télécopieur : 416-586-4397 ou 1-866-831-0107

Veillez ne pas renvoyer ce formulaire par voie électronique

QUESTIONS

Si vous avez des questions sur le formulaire ou la façon de le remplir, veuillez communiquer avec le Bureau de la protection de la vie privée de cyberSanté Ontario :

- a. **Téléphone** : 416-946-4767 ou 1-888-411-7742, poste 64767
- b. **Adresse électronique** : privacy@ehealthontario.on.ca

Remarque : Veuillez fournir uniquement votre nom et votre numéro de téléphone. Veillez à n'inclure

VEUILLEZ REMPLIR LES CHAMPS OBLIGATOIRES (*)

RÉSERVÉ À L'USAGE DE CYBERSANTÉ ONTARIO					
DATE DE RÉCEPTION	TRAITÉ PAR	N° DE RÉFÉRENCE DU BUREAU DE LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE	FORMULAIRE REMPLI	IDENTITÉ VÉRIFIÉE	DATE DE LA DEMANDE
JJ/MM/AAAA				OUI/NON	JJ/MM/AAAA
SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT					
<i>(Cette section doit être remplie par la personne présentant la demande)</i>					
*PRÉNOM		INITIALES DES AUTRES PRÉNOMS	*NOM DE FAMILLE		
*SEXE <input type="checkbox"/> HOMME <input type="checkbox"/> FEMME		DATE DE NAISSANCE JJ/MM/AAAA	NUMÉRO DE CARTE SANTÉ		
AUTRES IDENTIFIANTS POSSIBLES (EN L'ABSENCE DE NUMÉRO DE CARTE SANTÉ), P. EX., NUMÉRO DE DOSSIER MÉDICAL OU NUMÉRO CHRIS :					
SECTION 2 : COORDONNÉES					
*IDENTITÉ : <input type="checkbox"/> PATIENT <input type="checkbox"/> REPRÉSENTANT LÉGAL					
PRÉNOM DU REPRÉSENTANT LÉGAL :			NOM DE FAMILLE DU REPRÉSENTANT LÉGAL :		
*ADRESSE ÉLECTRONIQUE :					
NUMÉRO	RUE		NUMÉRO D'APPARTEMENT		
VILLE		PROVINCE	CODE POSTAL		
*VEUILLEZ INDIQUER VOTRE MODE DE COMMUNICATION PRÉFÉRÉ :					
<input type="checkbox"/> COURRIER <input type="checkbox"/> TÉLÉPHONE <input type="checkbox"/> COURRIEL		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (LE JOUR)	AUTORISATION DE LAISSER UN MESSAGE SUR LE RÉPONDEUR <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		ADRESSE ÉLECTRONIQUE
SECTION 3 : IDENTIFICATION					
<i>Un justificatif d'identité est nécessaire pour valider la demande. Indiquez les pièces d'identité accompagnant la demande et joignez UNIQUEMENT des photocopies.</i>					
*PIÈCE D'IDENTITÉ DU PATIENT (INDIQUEZ LA PIÈCE D'IDENTITÉ QUE VOUS FOURNISSEZ – CONSULTEZ LA PAGE 3 LISTE A. JUSTIFICATIF D'IDENTITÉ). P. EX., PERMIS DE CONDUIRE, PIÈCE D'IDENTITÉ PROVINCIALE AVEC PHOTO					
PIÈCE D'IDENTITÉ DU REPRÉSENTANT LÉGAL (INDIQUEZ LA PIÈCE D'IDENTITÉ QUE VOUS FOURNISSEZ – CONSULTEZ LA PAGE 3 LISTE B. PREUVE DE L'AUTORITÉ PARENTALE OU DE LA RESPONSABILITÉ LÉGALE) P. EX. DOCUMENT ATTESTANT LA TUTELLE					

SECTION 4 : DÉTAILS SUR LA DEMANDE DE DIRECTIVE SUR LE CONSENTEMENT

***4A : TYPE DE DEMANDE DE DIRECTIVE SUR LE CONSENTEMENT** (choisissez une seule réponse)

NOUVELLE DIRECTIVE
SUR LE CONSENTEMENT

MODIFICATION D'UNE DIRECTIVE SUR
LE CONSENTEMENT

SUPPRESSION D'UNE DIRECTIVE SUR LE
CONSENTEMENT

***4B : DÉTAILS SUR LA DEMANDE DE DIRECTIVE SUR LE CONSENTEMENT**

Veillez nous fournir les détails de votre demande ci-dessous (exemples de directives sur le consentement à la page 3 de ce formulaire) :

4C. SIGNATURE

*NOM (EN MAJUSCULES) :

*DATE :

JJ/MM/AAAA

*SIGNATURE :

Foire aux questions

Qu'est-ce qu'une directive sur le consentement?

Une directive sur le consentement est une instruction que donne le patient d'interdire, de modifier ou d'autoriser l'accès à ses renseignements personnels sur la santé.

Quel type de directive sur le consentement puis-je donner?

Il existe plusieurs types de directive sur le consentement.

Exemples :

- Ne laissez personne consulter mes renseignements personnels sur la santé.
- Ne laissez aucun membre du personnel de l'hôpital général de Windsor consulter mes renseignements personnels sur la santé.
- Ne laissez pas le Dr Jones, de l'hôpital Michael Garron, consulter mes renseignements personnels sur la santé.
- Ne laissez personne consulter mes renseignements personnels sur la santé, sauf le Dr Jones, de l'hôpital Michael Garron.
- Ne laissez personne consulter le rapport de la radiographie effectuée le 3 juin 2014.
- Ne laissez personne consulter mes renseignements personnels sur la santé, sauf l'ensemble des utilisateurs de l'Hôpital d'Ottawa.

JUSTIFICATIFS D'IDENTITÉ DEMANDÉS

Veillez fournir des photocopies des documents énumérés ci-dessous afin de confirmer votre identité et votre habilitation à consulter les renseignements sur la santé que vous demandez. Votre **carte Santé ne peut pas être acceptée comme justificatif d'identité.**

LISTE A : Justificatif d'identité

Si vous demandez vos propres renseignements sur la santé, vous devez joindre une photocopie de l'un des documents suivants :

- Pièce d'identité délivrée par une administration fédérale, provinciale, municipale ou gouvernementale (p. ex., permis de conduire, passeport, carte de l'Ontario avec photo);
- Carte d'étudiant (si vous avez 18 ans ou moins);
- Lettre d'un établissement de soins de santé confirmant l'identité du demandeur (p. ex., lettre de l'hôpital Mount Sinai disant que vous êtes Marie Dupont).

LISTE B : Preuve de l'autorité parentale ou de la responsabilité légale

Si vous demandez les renseignements sur la santé d'une autre personne, vous devez joindre une photocopie de l'un des documents de la **liste A** et un photocopie d'un document de la liste ci-dessous :

Le patient a 11 ans ou moins	<ul style="list-style-type: none"> • Acte de naissance du patient • Pièces d'identité des parents, délivrées par une administration fédérale, territoriale, provinciale, municipale • Signature des deux parents apparaissant sur le certificat de naissance du patient • Document juridique prouvant que le responsable légal a la garde exclusive ou la tutelle du patient • Lettre d'un établissement de soins de santé confirmant que le représentant légal est autorisé à consulter les renseignements sur la santé du patient
Le patient a entre 12 et 15 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Lettre signée par le patient indiquant que le représentant légal est autorisé à consulter ses renseignements sur la santé • Carte d'étudiant ou pièce d'identité délivrée au patient par une administration fédérale, territoriale, provinciale, municipale ou gouvernementale • Lettre d'un établissement de soins de santé confirmant que le représentant légal est autorisé à consulter les renseignements sur la santé du patient
Le patient a 16 ans ou plus	<ul style="list-style-type: none"> • Lettre signée par le patient indiquant que le représentant légal est autorisé à consulter ses renseignements sur la santé • Pièce d'identité délivrée au patient par une administration fédérale, territoriale, provinciale, municipale ou gouvernementale • Document officiel prouvant que le responsable légal a la garde exclusive ou la tutelle du patient • Lettre d'un établissement de soins de santé confirmant que le représentant légal est autorisé à consulter les renseignements sur la santé du patient