

Formulaire de demande d'accès et de rectification du dossier de santé électronique

Aperçu

Ce formulaire doit être utilisé pour demander l'accès ou la rectification des renseignements personnels sur la santé (RPS) dans le dossier de santé électronique (DSE). Vous pouvez faire une demande si vous êtes la personne à laquelle le dossier se rapporte ou si vous êtes le mandataire spécial de la personne (c'est-à-dire, une personne qui est autorisée en vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* [LPRPS] à consentir au nom de la personne à la collecte, à l'utilisation ou à la divulgation de renseignements personnels sur la santé concernant la personne). Une demande d'accès ou de rectification faite par un mandataire spécial doit inclure une documentation comme preuve d'autorité. Pour plus de renseignements, voir les **directives supplémentaires pour un mandataire spécial** (pages 5 et 6).

Directives

1. Remplissez les champs obligatoires (*).
2. Soumettez le formulaire rempli avec la documentation à l'appui à :
 - a) En ligne : <https://consentform.ontariohealth.ca/Home/CreateConsentFr>
 - b) Adresse postale : Santé Ontario – Bureau de la vie privée
500 – 525, avenue University
Toronto (Ont.) :
M5G 2L3
 - c) Télécopieur : 416-586-4397 ou 1-866-831-0107

N'utilisez pas le courriel pour soumettre ce formulaire afin d'assurer la sécurité des renseignements personnels sur la santé. Les demandes soumises par courriel seront refusées et supprimées, et le demandeur sera prié de soumettre à nouveau la demande par la poste, par télécopieur ou par portail en ligne.

Questions

Les questions concernant ce formulaire et la façon de le remplir doivent être adressées au Bureau de la protection de la vie privée de Santé Ontario comme suit :

- **Téléphone** : 416-946-4767 ou 1-888-411-7742
- **Courriel** : OH-DS_privacy@ontariohealth.ca

Remarque : N'incluez aucun renseignement personnel sur la santé dans votre courriel (p. ex., numéro de carte de santé ou antécédents médicaux).

- **Courrier et télécopieur** : comme indiqué ci-dessus

Des renseignements supplémentaires sont également disponibles sur notre site web :

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

VEUILLEZ REMPLIR LES CHAMPS OBLIGATOIRES (*)

TYPE DE DEMANDE (sélectionnez-en une) : ☐ DEMANDE D'ACCÈS/DE RECTIFICATION POUR MES PROPRES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ ☐ DEMANDE D'ACCÈS/DE RECTIFICATION PAR UN MANDATAIRE SPÉCIAL AUTORISÉ À CONSENTIR AU NOM D'UNE AUTRE PERSONNE ☐ DEMANDE D'ACCÈS/DE RECTIFICATION PAR UN REPRÉSENTANT LÉGAL AUTORISÉ AU NOM D'UN CLIENT CONCERNANT LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ DE LA PERSONNE AUTORISATION SIGNÉE REQUISE		
SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS DU DEMANDEUR		
(À REMPLIR PAR LA PERSONNE FAISANT LA DEMANDE). Si vous soumettez cette demande en tant que mandataire spécial au nom d'une autre personne, veuillez consulter les DIRECTIVES SUPPLÉMENTAIRES POUR UN MANDATAIRE SPÉCIAL (pages 5 et 6) pour la documentation à l'appui requise.		
*PRÉNOM	*NOM DE FAMILLE	
*ADRESSE POSTALE : NUMÉRO DE RUE	NOM DE RUE	NUMÉRO D'UNITÉ
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
*VEUILLEZ INDIQUER VOTRE MÉTHODE DE COMMUNICATION PRÉFÉRÉE SI UN SUIVI EST NÉCESSAIRE : *		
☐ TÉLÉPHONE ☐ COURRIEL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :	
	ADRESSE COURRIEL :	
SECTION 2 : PERSONNE DONT LE RPS EST DEMANDÉ (POUR ACCÈS OU RECTIFICATION)		
*PRÉNOM :	* NOM DE FAMILLE :	*Date de naissance : AAAA/MM/JJ
*FOURNISSEZ UN DES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS : ☐ NUMÉRO DE CARTE DE SANTÉ ONTARIO : _____ ☐ NUMÉRO DE DOSSIER MÉDICAL (NDM) : _____ et ORGANISATION QUI A ÉMIS LE NDM : _____ ☐ NUMÉRO DE CLIENT DANS LE SYSTÈME D'INFORMATION SUR LA SANTÉ ET LES RENSEIGNEMENTS CONNEXES DES CLIENTS (SISRCC) : _____		
*ADRESSE POSTALE : NUMÉRO DE RUE	☐ ADRESSE IDENTIQUE À CELLE CI-DESSUS NOM DE RUE	NUMÉRO D'UNITÉ
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL

SECTION 3 : DOSSIERS DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ AUXQUELS L'ACCÈS EST DEMANDÉ

Répertoire des données cliniques sur les soins actifs et communautaires (RDCSac) Démographie des patients, rapports des services d'urgence, rapports de consultation, sommaires de sortie, résultats cardiovasculaires, rapports de santé mentale, ainsi que des dossiers de soins à domicile et communautaires, y compris les détails de placement en soins de longue durée, les évaluations des risques et les plans de soins. Source des dossiers : hôpitaux et organisations de soins à domicile et communautaires.

Renseignements personnels sur la santé contenus dans le RDCSac entre les périodes de temps spécifiées ci-dessous :

De AAAA/MM/JJ à AAAA/MM/JJ

Répertoire de services communs en imagerie diagnostique (ID) Rapports et images d'imagerie diagnostique tels que radiographie, tomodensitométrie, IRM, échographie et autres. Source des dossiers : hôpitaux et centres de services de santé communautaire intégrés.

Renseignements personnels sur la santé contenus dans le DI entre les périodes de temps spécifiées ci-dessous :

De AAAA/MM/JJ à AAAA/MM/JJ

Santé Ontario (Services numériques) facilite les demandes d'accès aux renseignements contenus dans le DSE de 2014 à aujourd'hui. Pour plus de renseignements sur ce qui se trouve dans le DSE, veuillez visiter :

<https://ehealthontario.on.ca/fr/patients-and-families/ehrs-explained>

SECTION 4 : DOSSIERS DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ POUR LESQUELS UNE RECTIFICATION EST DEMANDÉE (SAUTEZ SI LA DEMANDE EST UNIQUEMENT LIÉE À L'ACCÈS)

La LPRPS exige qu'une demande de rectification soit faite sur la base des dossiers qui ont été reçus par l'intermédiaire d'une demande d'accès. Veuillez indiquer le nom du dépositaire de renseignements sur la santé qui a créé le dossier, fourni l'accès et la période de temps liée aux dossiers.

Répertoire des données cliniques sur les soins actifs et communautaires (RDCSac) Démographie des patients, rapports des services d'urgence, rapports de consultation, sommaires de sortie, résultats cardiovasculaires, rapports de santé mentale, ainsi que des dossiers de soins à domicile et communautaires, y compris les détails de placement en soins de longue durée, les évaluations des risques et les plans de soins. Source des dossiers : hôpitaux et organisations de soins à domicile et communautaires.

Nom du dépositaire de renseignements sur la santé :

De AAAA/MM/JJ à AAAA/MM/JJ

OU

Date de visite : AAAA/MM/JJ

Répertoire de services communs en imagerie diagnostique (ID) Rapports et images d'imagerie diagnostique tels que radiographie, tomodensitométrie, IRM et échographie. Source des dossiers : hôpitaux et centres de services de santé communautaire intégrés.

Nom du dépositaire de renseignements sur la santé :

De AAAA/MM/JJ à AAAA/MM/JJ

OU

Date de visite : AAAA/MM/JJ

SECTION 5 : SANTÉ ONTARIO NE TRAITE PAS LES DEMANDES D'ACCÈS ET DE RECTIFICATION RELATIVES AUX RÉPERTOIRES SUIVANTS.

Répertoire de données cliniques de soins primaires (RDCsp) Démographie des patients, résumé des médicaments, allergies et intolérances, liste des problèmes, vaccinations, antécédents de procédures, antécédents de maladies et autres détails de soins. Contribué par des fournisseurs de soins primaires tels que des médecins généralistes ou des médecins de famille, des infirmières praticiennes.

Contactez directement le fournisseur de soins primaires. Pour plus de renseignements sur les anciens contributeurs du RDCsp, veuillez contacter le Bureau de la protection de la vie privée de SO-DS – 416-946-4767 ou OH-DS_privacy@ontariohealth.ca

Système d'information de laboratoire de l'Ontario (SILO) Requêtes et résultats de tests de laboratoire pour la biochimie, l'hématologie, la pathologie, la banque de sang, la microbiologie et les tests génétiques. Contribué par le ministère de la Santé, les hôpitaux, les laboratoires communautaires et les laboratoires de santé publique.	Contact : Coordonnateur de l'accès à l'information et de la protection de la vie privée, Bureau de l'accès et de la protection de la vie privée, ministère de la Santé, 99, promenade Adesso, 1 ^{er} étage Concord, ON, L4K 3C7 Téléphone : 416-327-7040 Courriel : generalapo@ontario.ca
Répertoire numérique des médicaments de santé (RNM) Enregistrements des médicaments préparés et des services pharmaceutiques fournis dans les pharmacies communautaires et des médicaments administrés dans les hôpitaux. Contribué par le ministère de la Santé, les pharmacies communautaires et les hôpitaux.	Pour les demandes d'accès, contactez la Ligne INFO de Service Ontario, Téléphone : 1-800-291-1405 TTY 1-800-387-5559 Pour les demandes de rectification, contactez la Direction de la prestation des programmes de médicaments, Division des Programmes publics de médicaments de l'Ontario, 5700, rue Yonge, 3^e étage, Toronto, ON M2M 4K5. La demande écrite devrait inclure au minimum : • Nom et adresse, numéro de téléphone • Date de naissance • Numéro de carte Santé • Signature Quels renseignements doivent être corrigés et la plage de dates spécifique qui doit être corrigée.

SECTION 6 : POUVOIR DE PRÉSENTER LA DEMANDE

Je soussigné (je soussignée),

(Nom de famille, Prénom du demandeur)

Déclare avoir le pouvoir légal de présenter cette demande, car je suis (veuillez sélectionner l'une des options suivantes) :

- ☐ la personne dont le RPS est demandé identifié
- ☐ le mandataire spécial de la personne dont les renseignements personnels sur la santé sont demandés
- ☐ le fiduciaire testamentaire ou la personne qui a assumé la responsabilité de l'administration de la succession pour la personne dont le RPS est demandé
- ☐ le représentant légal autorisé de la personne dont le RPS est demandé

SECTION 7 : SIGNATURE DU DEMANDEUR OU DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Je certifie que les renseignements contenus dans ce formulaire et les documents joints à la demande sont véridiques et complets et je comprends que faire une fausse déclaration constitue une infraction au sens de la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé*.

*NOM ET PRÉNOM DE LA **PERSONNE SOUMETTANT LA DEMANDE** (EN LETTRES MAJUSCULES) :

*DATE :

AAAA/MM/JJ

* SIGNATURE :

Vous voulez obtenir cette information dans un format accessible?

1-877-280-8538, ATS 1-800-855-0511, info@ontariohealth.ca

Directives supplémentaires pour un mandataire spécial

Un mandataire spécial est une personne qui est autorisée en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, 2004 à consentir au nom d'une personne à la collecte, à l'utilisation ou à la divulgation de renseignements personnels sur la santé concernant cette personne.

Avant de soumettre une demande en tant que mandataire spécial au nom d'une personne, examinez les renseignements ci-dessous pour vous assurer que vous êtes autorisé. **Si vous soumettez une demande en tant que mandataire spécial, vous devez inclure des documents à l'appui.**

1. **Si la personne est incapable de donner son consentement**, une personne* décrite dans l'un des paragraphes suivants peut donner son consentement au nom de la personne :

1. Le tuteur de la personne ou le tuteur aux biens de la personne, si le consentement concerne l'autorité du tuteur à prendre une décision au nom de la personne.
2. L'avocat de la personne pour les soins personnels ou l'avocat aux biens, si le consentement concerne l'autorité de l'avocat à prendre une décision au nom de la personne.
3. Le représentant de la personne nommé par le Conseil en vertu de l'article 27, si le représentant a le pouvoir de donner le consentement.
4. Le conjoint ou partenaire de la personne.
5. Un enfant ou un parent de la personne, ou une société d'aide à l'enfance ou une autre personne qui a le droit légal de donner ou de refuser le consentement à la place du parent. Ce paragraphe n'inclut pas un parent qui a seulement un droit d'accès à la personne. Si une société d'aide à l'enfance ou une autre personne a légalement le droit de consentir à la place du parent, ce paragraphe n'inclut pas le parent.
6. Un parent de la personne ayant uniquement un droit d'accès à la personne.
7. Un frère ou une sœur de la personne.
8. Tout autre parent de la personne.

La personne ne peut donner son consentement que si elle est la personne la mieux classée sur la liste, capable de consentir, a au moins 16 ans (ou est le parent de la personne), n'est pas interdite par une ordonnance du tribunal ou un accord de séparation, et est disponible et prête à assumer la responsabilité.

Documents à l'appui :

- Une copie d'un document légal démontrant que le mandataire spécial a l'autorité de consentir au nom de la personne (par exemple, Procuration relative au soin de la personne; documentation de garde ou de tutelle), **OU**
- Pour un enfant de moins de 16 ans : une copie du certificat de naissance de la personne avec les signatures des deux parents figurant sur le certificat de naissance du patient **et** une identification des deux parents émise par une autorité fédérale, territoriale, provinciale, municipale ou étatique, **OU**
- Si ce qui précède n'est pas applicable, une lettre d'un dépositaire de renseignements sur la santé/organisation de soins de santé confirmant que le mandataire spécial est autorisé à consentir au nom de la personne.

2. **Si la personne est capable de donner son consentement** et a au moins 16 ans, elle peut autoriser (par écrit) une autre personne (qui a au moins 16 ans et est capable de donner son consentement) à agir en son nom.

Documents à l'appui :

- Lettre signée de la personne indiquant que le mandataire spécial a l'autorité de consentir au nom de la personne **et** une copie de la carte d'étudiant de la personne ou d'une pièce d'identité d'une autorité fédérale, territoriale, provinciale, municipale ou étatique.

3. **Si la personne a moins de 16 ans**, un parent* de l'enfant 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 parent, à moins que l'information ne concerne,

- a. Un traitement au sens de la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*, au sujet duquel l'enfant a pris une décision de son propre chef conformément à cette loi, ou
- b. Une thérapie à laquelle l'enfant a participé de son propre chef en vertu de la *Loi de 2017 sur les services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille*.

Exception : Si la personne est un enfant de moins de 16 ans et est capable de donner son consentement, et prend une décision concernant son renseignement personnel sur la santé qui entre en conflit avec la décision d'un parent ou d'une autre personne légalement autorisée, la décision de l'enfant prévaut.

Un parent n'inclut pas un parent qui n'a qu'un droit d'accès à l'enfant.

Documents à l'appui :

- Une copie du certificat de naissance de la personne, **ainsi** qu'une pièce d'identité (d'une autorité fédérale, territoriale, provinciale, municipale ou étatique) des deux parents qui figurent sur le certificat de naissance, **et** le formulaire de demande doit être signé par les deux parents, **OU**
- Une copie d'un document légal démontrant que le mandataire spécial a l'autorité de consentir au nom de la personne (par exemple, des documents de garde ou de tutelle)

4. **Si la personne est décédée**, le fiduciaire testamentaire du décédé ou la personne qui a assumé la responsabilité de l'administration de la succession du décédé, si la succession n'a pas de fiduciaire.

Documents à l'appui :

- Une copie du testament de la personne désignant le demandeur comme fiduciaire de la succession, **OU**
- Une copie d'un certificat de nomination (ou une ordonnance du tribunal ayant une autorité équivalente), **OU**
- Documentation confirmant la personne qui a assumé la responsabilité de l'administration de la succession du défunt, si la succession n'a pas de fiduciaire testamentaire

5. **Une personne qu'une loi de l'Ontario ou du Canada autorise ou exige d'agir au nom de la personne** (que la personne soit capable ou incapable).

Documents à l'appui :

- Une copie d'un document légal démontrant que le mandataire spécial a l'autorité de consentir au nom de la personne

Remarque : soumettez des copies de la documentation à l'appui requise. Ne soumettez pas d'originaux, car la documentation à l'appui n'est pas retournée au demandeur.

Vous voulez obtenir cette information dans un format accessible?

1-877-280-8538, ATS 1-800-855-0511, info@ontariohealth.ca