

DEMANDE D'ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ

En vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*

INFORMATION ET INSTRUCTIONS :

L'hôpital vous donnera accès à vos renseignements personnels sur la santé, sauf si une exception légale s'applique. Veuillez remplir la Partie A et la Partie B de ce formulaire seulement; la Partie C est réservée à l'usage de l'hôpital. Pour obtenir de l'information sur nos pratiques liées à la confidentialité des renseignements, veuillez communiquer avec l'agent de protection des renseignements personnels. Téléphone : 613.722.6521 poste 6328; ou courriel : privacyoffice@theroyal.ca

PARTIE A : Renseignements sur le requérant :

Nom du patient : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____

_____ Numéro de téléphone : _____

Si vous êtes le mandataire (décideur au nom d'autrui) :

Nom : _____ Numéro de téléphone : _____

Adresse : _____

PARTIE B : Demande d'accès :

Veuillez décrire les renseignements personnels sur la santé que vous voulez consulter :

Comment préférez-vous recevoir ces renseignements? Veuillez indiquer votre choix :

- Recevoir des photocopies par Postes Canada
- Ramasser les photocopies à l'hôpital
- Examiner les documents originaux dans l'établissement

Témoïn : _____ Signé par : _____
(Patient ou mandataire/décideur au nom d'autrui)

Date : _____
(Lien avec le patient)

DEMANDE D'ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ

PARTIE C : Réponse à la demande d'accès : *Section réservée à l'usage de l'hôpital seulement*

1. Réception de la demande :

Date de réception de la demande : _____

Date de l'envoi de la demande au médecin : _____

Date d'envoi de la réponse : _____

2. Réponse à la demande :

Demande d'accès accordée Demande d'accès refusée Demande d'accès accordée en partie seulement

Si l'accès n'a pas été accordé, précisez la raison du refus intégral ou partiel de la demande (*cette section doit être remplie par le médecin*) :

Nom du médecin : _____ Signature : _____ Date : _____
(VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES)

3. Extension of Time for Response:

Date du délai	Raison du délai	Date à laquelle le patient a été avisé

4. Date d'accès :

Date d'accès	<i>Indiquer quelles photocopies des renseignements personnels sur la santé ont été fournies au patient.</i>

5. Demande traitée par :

Nom : _____ Signature : _____ Date : _____
(VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES)