



UN CONSENTEMENT DOIT ÊTRE REMPLI POUR  
CHAQUE DEMANDE D'ACCÈS À UN DOSSIER

### Renseignements et directives

**Nous vous donnerons accès à vos dossiers de santé personnels, à moins qu'une exception d'ordre légal ne s'applique. Nous examinerons toute demande d'accès à un dossier de santé personnel, et nous ferons notre possible pour donner suite à votre demande dans un délai raisonnable. Remplissez les parties A et B de ce formulaire. La partie C est réservée à l'usage interne. Pour plus de renseignements sur nos pratiques concernant la protection des renseignements personnels, communiquez avec l'agente de la protection de la vie privée au 705 523-7100.**

### PARTIE A : AUTEURE OU AUTEUR DE LA DEMANDE

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Initiale : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Autre n° de téléphone : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

N° de dossier médical de l'hôpital : \_\_\_\_\_ N° de dossier médical – PRC : \_\_\_\_\_

### **Si vous êtes mandataire spécial, inscrivez vos coordonnées :**

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Initiale : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Autre n° de téléphone : \_\_\_\_\_

**Remarque : Veuillez procurer les copies des documents prouvant que vous êtes mandataire spécial .**

### PARTIE B : DEMANDE D'ACCÈS

1. Décrivez ce dont vous avez besoin. Indiquez des détails qui nous aideront à retrouver le dossier  
(p. ex. des dates). \_\_\_\_\_

2. Comment préférez-vous consulter les renseignements? Cochez une seule case :

Recevoir une copie papier des dossiers  Lire les dossiers originaux sur place

Entreposage de produits multimédias numériques

Nom en lettres moulées : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### PARTIE C: RÉPONSE À UNE DEMANDE D'ACCÈS (à usage interne)

1. Renseignements concernant la réception et l'étude préliminaire de la demande  
Date de la réception de la demande : \_\_\_\_\_

2. Renseignements concernant la réponse à la demande Date de la réponse: \_\_\_\_\_

Accès accordé  Accès refusé  Accès partiellement accordé

Si l'accès complet aux renseignements est refusé ou si l'accès partiellement accordé, veuillez en indiquer la raison:  
\_\_\_\_\_

3. Renseignements concernant une prolongation nécessaire afin de répondre à la demande :  
Date de la prolongation: \_\_\_\_\_ Raison de la prolongation : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

4. Demande traitée par:  
Nom en lettres moulées. : \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_