



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: _____