

#### DIRECTIVES À L'INTENTION DE LA PERSONNE PRÉSENTANT LA DEMANDE

- Veuillez fournir autant de renseignements que possible. Les champs comportant un astérisque (\*) sont obligatoires. cyberSanté Ontario pourra ainsi mieux répondre à votre demande.
- Faites parvenir le formulaire dûment rempli, par la poste ou par télécopieur, aux coordonnées suivantes :
  - Par la poste : Bureau de protection de la vie privée de cyberSanté Ontario, Case postale 148, 777, rue Bay, bureau 701, Toronto (Ontario) M5G 2C8
  - Par télécopieur : 416 586-4397 ou 1 866 831-0107
- Veuillez ne pas envoyer ce formulaire par courriel.
- Pour toute question concernant ce formulaire, veuillez communiquer avec le Bureau de protection de la vie privée de cyberSanté Ontario, en composant le 416 946-4767 ou en faisant parvenir à [Privacy@ehealthontario.on.ca](mailto:Privacy@ehealthontario.on.ca) un courriel dans lequel vous aurez indiqué votre nom et votre numéro de téléphone.

#### COORDONNÉES DU DEMANDEUR

(Doit être rempli par le demandeur)

*Prénom :		*Nom :	
*Adresse postale :		*Titre :	
*Ville :	*Province :	* Code postal :	
*Numéro de téléphone principal :			
Lien : <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Mandataire spécial			
Principal moyen pour vous joindre : <input type="checkbox"/> Poste <input type="checkbox"/> Téléphone		Permission laisser un message vocal : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

#### RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

*Prénom :		*Nom :	
*Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	*Date de naissance : MM/JJ/AAAA		
*Numéro de la carte Santé :			

#### CONSENTEMENT

***(Le consentement autorise le partage des renseignements sur la santé du patient avec d'autres fournisseurs de soins de santé ayant contribué à votre dossier, afin de répondre à votre demande de renseignements ou à votre plainte.)***

- Je consens à ce que les renseignements personnels sur ma santé soient transmis à d'autres fournisseurs de soins de santé dans le but d'obtenir des renseignements auprès du Service commun d'imagerie diagnostique.
- Je ne veux pas** que des renseignements personnels sur ma santé soient transmis à d'autres fournisseurs de soins de santé.

<b>DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS (veuillez préciser)</b>	
<b>PLAINTE (veuillez préciser)</b>	
<b>SIGNATURE</b>	
Nom (en lettres majuscules) :	Date : <i>MM/JJ/AAAA</i>
Signature :	
<b>À USAGE INTERNE SEULEMENT (ne rien écrire)</b>	
Formulaire rempli : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Ticket électronique Remedy n°
Remarques :	