

# Dossier de santé électronique Formulaire de demande de service – Renseignements et plaintes – ConnexionRGT

## 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.
- Veuillez faire parvenir le formulaire par la poste ou par télécopieur, aux coordonnées suivantes :
  - Par la poste : Bureau de protection de la vie privée de cyberSanté Ontario, P.O. Box 148, 777, Bay Street, Suite 701, Toronto, Ontario, M5G 2C8
  - Téléc. : 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		
<i>(Doit être rempli par le demandeur)</i>		
*Prénom :	*Nom de famille :	
*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 de laisser un message vocal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT		
*Prénom :	*Nom de famille :	
*Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	*Date de naissance : JJ/MM/AAAA	
*Numéro de la carte Santé :		
CONSENTEMENT		
<i>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.</i>		
<input type="checkbox"/> 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 à partir du dossier médical électronique.		
<input type="checkbox"/> Je <b>ne veux pas</b> que des renseignements personnels sur ma santé soient transmis à d'autres fournisseurs de soins de santé.		

<b>DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS</b> (veuillez préciser) :	
<b>PLAINTE</b> (veuillez préciser) :	
<b>SIGNATURE</b>	
Nom (en lettres majuscules) :	Date : JJ/MM/AAAA
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 :	