

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.
- cyberSanté Ontario accepte uniquement les demandes provenant du patient ou de la personne autorisée à présenter une demande au nom du patient (p. ex., un mandataire spécial). Vous devez fournir les renseignements suivants :
 - une preuve d'identité (voir les directives ci-jointes concernant les preuves d'identité acceptées);
 - si vous n'êtes pas le patient, vous devez démontrer que le patient vous a autorisé à prendre connaissance de ses renseignements (voir les directives ci-jointes concernant les preuves d'identité acceptées).
- La loi ontarienne sur la protection de la vie privée, la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* (LPRPS), permet à un organisme de soins de santé d'exiger des droits administratifs d'une personne qui souhaite obtenir une copie de son ou ses dossiers. Si les organismes qui ont entré les renseignements dans le Service commun d'imagerie diagnostique exigent des droits, nous vous demanderons de les régler avant de 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 un courriel dans lequel vous aurez indiqué votre nom et votre numéro de téléphone.

Type de demande :

 Demande d'accès

 Demande de rectification

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 :	Permission laisser un message vocal :	
<input type="checkbox"/> Poste <input type="checkbox"/> Téléphone	<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 :	

TYPE DE DEMANDE (cocher toutes les cases qui s'appliquent)

Demande d'accès :	
(i) Quel type de renseignements le Service commun d'imagerie diagnostique détient-il à mon sujet (p.ex., rapport de radiologie)?	<input type="checkbox"/>
(ii) Qui a consulté les renseignements me concernant dans le Service commun d'imagerie diagnostique	<input type="checkbox"/>
Veuillez fournir des détails au sujet de votre demande :	
Veuillez préciser la période visée par votre demande (le cas échéant) : Date de début : MM/JJ/AAAA Date de fin : MM/JJ/AAAA	

DEMANDE DE RECTIFICATION (veuillez indiquer ci-dessous les données):	
IDENTIFICATION	
<p>Veuillez joindre une photocopie des documents suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> une pièce d'identité; si vous demandez de l'information sur la santé d'une autre personne, vous devez fournir la preuve que cette personne vous autorise à prendre connaissance de ces renseignements. <p>Veuillez consulter les exigences relatives à l'identification à la fin du présent formulaire concernant les documents et pièces d'identité acceptables</p>	
SIGNATURE	
Nom (en lettres majuscules) :	Date : MM/JJ/AAAA
Signature:	<p><i>Avant de faire parvenir ce formulaire à cyberSanté Ontario, assurez-vous d'inclure :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> le formulaire dûment rempli; <input type="checkbox"/> une photocopie de la pièce d'identité. <input type="checkbox"/> Si vous présentez la demande au nom d'une autre personne, vous devez démontrer que vous avez l'autorisation du patient.
SEULS LES DÉPOSITAIRES DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (DRS) PEUVENT REMPLIR CETTE SECTION	
*Nom de l'établissement :	*Nom de l'établissement ou de l'hôpital:
* Numéro du dossier médical du patient :	* Fonction du demandeur :
Directives particulières :	
RÉSERVÉ À L'USAGE DE CYBERSANTÉ ONTARIO (ne rien écrire)	
Formulaire dûment rempli : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Ticket électronique Remedy n°
Identité vérifiée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Remarques :	

EXIGENCES EN MATIÈRE D'IDENTIFICATION

Exigences en matière d'identification

Veuillez inclure des photocopies du ou des documents pertinents indiqués ci-dessous afin de confirmer que vous êtes autorisé à prendre connaissance des renseignements médicaux, si vous demandez de tels renseignements au sujet d'une personne autre que vous-même.

Si vous éprouvez de la difficulté à obtenir les documents, vous pouvez demander à votre fournisseur de soins de santé de communiquer avec cyberSanté Ontario afin de confirmer votre identité ainsi que le fait que vous détenez l'autorisation nécessaire.

1. Si vous demandez des renseignements médicaux vous concernant, veuillez inclure une photocopie de l'un des documents énumérés dans la liste **A**.

2. Si vous demandez les renseignements médicaux d'une autre personne, vous devez inclure une photocopie de l'un des documents de la liste **A**, ainsi que la photocopie de l'un des documents de la liste **B**.

LISTE A : Preuve d'identité	LISTE B : Preuve d'autorisation	
	Le patient est :	L'un des documents énumérés ci-dessous
<ul style="list-style-type: none"> • Identification d'une autorité fédérale, provinciale, municipale ou étatique 	Âgé de 11 ans ou moins	<ul style="list-style-type: none"> • Certificat de naissance de la personne. • Identification des deux parents provenant d'une autorité fédérale, provinciale, municipale ou étatique. • Signatures des deux parents apparaissant sur le certificat de naissance.
		<ul style="list-style-type: none"> • Un document juridique démontrant que la personne a la garde exclusive ou la tutelle du patient.
		<ul style="list-style-type: none"> • Une lettre d'un organisme de soins de santé confirmant que le demandeur est autorisé à prendre connaissance des renseignements médicaux.
<ul style="list-style-type: none"> • Carte d'étudiant (si la personne est âgée de 18 ans ou moins) 	Âgé de 12 ans à 18 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Une lettre signée par la personne précisant que le demandeur est autorisé à prendre connaissance des renseignements médicaux la concernant. • Une carte d'étudiant ou un document d'identité provenant d'une autorité fédérale, provinciale, municipale ou étatique pour la personne.
		<ul style="list-style-type: none"> • Un document juridique démontrant que le demandeur a la garde exclusive ou la tutelle de la personne.
		<ul style="list-style-type: none"> • Une lettre d'un organisme de soins de santé confirmant que le demandeur est autorisé à prendre connaissance des renseignements médicaux.
<ul style="list-style-type: none"> • Lettre d'un organisme de soins de santé confirmant l'identité du demandeur (c.-à-d., le fait que la personne est bien celle qu'elle dit être) 	Âgé de 19 ans ou plus	<ul style="list-style-type: none"> • Une lettre signée par la personne précisant que le demandeur est autorisé à prendre connaissance des renseignements médicaux la concernant. • Un document d'identité de la personne provenant d'une autorité fédérale, provinciale, municipale ou étatique.
		<ul style="list-style-type: none"> • Un document juridique démontrant que le demandeur a la garde exclusive ou la tutelle de la personne.
		<ul style="list-style-type: none"> • Une lettre d'un organisme de soins de santé confirmant que le demandeur est autorisé à prendre connaissance des renseignements médicaux.

Exemples de documents

Document	Exemple
<i>Pièce d'identité d'une autorité fédérale, provinciale, municipale ou étatique</i>	<i>Permis de conduire, passeport, carte de citoyenneté, certificat de statut d'Indien, carte-photo de l'Ontario</i>
<i>Carte d'étudiant</i>	<i>Howard Park Public School, St. Vincent Academy, Parkdale Collegiate</i>
<i>Lettre d'un organisme de soins de santé de l'Ontario</i>	<i>Lettre de l'Hôpital Mount Sinai indiquant que vous êtes Madame X ou que vous êtes Madame X et êtes autorisée à prendre connaissance des renseignements médicaux de Madame Y.</i>