

## Demande d'obtention ou de divulgation de renseignements personnels sur la santé (RPS)

Le Bureau de la protection de la vie privée de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire de Waterloo Wellington (SSDMCWW) recueille et utilise les renseignements fournis dans le présent formulaire afin de répondre à votre demande de renseignements personnels sur la santé (RPS). **Si vous demandez accès aux renseignements d'une autre personne, vous devez inclure des renseignements permettant d'identifier la personne ci-dessous et joindre la preuve que vous pouvez légalement agir en son nom.** Vous trouverez au verso des instructions sur la façon de remplir le formulaire ainsi qu'une description de la preuve requise.

### SECTION 1 : Renseignements sur le demandeur autorisé

Nom au complet du patient		Numéro de la carte Santé du patient	
Date de naissance du patient ____/____/____ mm    jj    aaaa		Nom au complet du mandataire spécial (MS) ( <i>le cas échéant</i> )	
Adresse postale du demandeur			
Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone (    )
Adresse courriel du demandeur			

### SECTION 2 : À remplir UNIQUEMENT si la personne ou l'organisme qui reçoit les renseignements N'EST PAS le patient ou le MS

Personne ou organisme qui reçoit les renseignements ( <i>si autre que le patient ou le MS</i> )			
Adresse postale de la personne ou de l'organisme qui reçoit les renseignements ( <i>si l'adresse diffère de celle inscrite ci-dessus</i> )			
Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone (    )
Adresse courriel de la personne ou de l'organisme qui reçoit les renseignements ( <i>si l'adresse diffère de celle inscrite ci-dessus</i> )			

### SECTION 3 : Description de la demande

Quels documents aimeriez-vous obtenir ? *Les documents sont fournis électroniquement. Si vous voulez les recevoir d'une autre façon, veuillez communiquer avec nous.*

- Période précise : Du : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ OU  
mm    jj    aaaa    mm    jj    aaaa
- Élément particulier du dossier médical (p. ex. évaluation du coordonnateur de soins en date du 1<sup>er</sup> janvier 2019) : \_\_\_\_\_ OU
- Dossier médical au complet

### SECTION 4 : Attestation et signature

En remplissant ce formulaire de demande, je reconnais que je suis autorisé à présenter cette demande d'obtention ou de divulgation de RPS. Je comprends que les RPS figurant sur le présent formulaire sont recueillis conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé* (LPRPS) et qu'ils servent à répondre à la demande d'accès (LPRPS, art. 54). Je comprends aussi que cette autorisation est valable pendant 90 jours à compter de la date de signature, sauf indication contraire, et que si je désire retirer mon consentement, je dois en informer la personne responsable de la protection de la vie privée à SSDMCWW.

Signature du demandeur autorisé 	Date
---	------

**Réservé à l'usage du bureau**

Date de réception :                      N° de client de SSDMCWW :

# COMMENT REMPLIR LE PRÉSENT FORMULAIRE

En Ontario, les renseignements personnels sur la santé (RPS) d'une personne sont recueillis, utilisés et divulgués en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé* (LPRPS). Aux termes de la LPRPS, un organisme doit obtenir le consentement de la personne ou celui de son mandataire spécial (MS) pour divulguer des RPS.

## PREUVE D'IDENTITÉ

Si vous demandez d'obtenir vos propres RPS, vous devez fournir une preuve de votre identité avant que les documents vous soient remis.

**Si vous demandez accès aux RPS d'une autre personne, vous devez fournir la preuve que vous avez l'autorité d'agir en son nom.** Vous devez, par exemple, fournir la preuve que vous agissez à titre de tuteur, de fiduciaire ou de MS autorisé ou que vous avez une procuration.

Si vous demandez accès aux RPS d'une personne décédée, le testament dans lequel vous êtes nommé fiduciaire constitue votre preuve. En l'absence d'un testament, vous devez attester de votre pouvoir d'agir à titre de représentant de la personne décédée.

Il arrive souvent que le pouvoir d'agir au nom d'une autre personne soit partagé. Vous et vos frères et sœurs, par exemple, avez peut-être le pouvoir conjoint d'agir au nom de votre parent. Veuillez communiquer avec le Bureau de la protection de la vie privée afin de discuter des exigences relatives à la divulgation de RPS lorsque le pouvoir est partagé.

## SECTION 1 : Renseignements sur le demandeur autorisé

### DEMANDE SOUMISE PAR LE PATIENT

Si vous êtes le **patient**, écrivez en caractères d'imprimerie votre nom de famille, votre prénom, votre date de naissance, votre numéro de carte Santé, votre adresse postale au complet et votre adresse courriel.

### DEMANDE SOUMISE PAR LE MANDATAIRE SPÉCIAL (MS)

Si vous faites la demande au nom du patient à titre de **MS autorisé**, écrivez en caractères d'imprimerie le nom de famille, le prénom, la date de naissance et le numéro de carte Santé du patient. Écrivez en caractères d'imprimerie votre nom de famille, votre prénom, votre adresse postale au complet et votre adresse courriel.

## SECTION 2 : Personne ou organisme qui reçoit les renseignements

Si la personne ou l'organisme qui reçoit les renseignements **N'EST PAS** le patient ou le MS, veuillez remplir la **section 2**.

## SECTION 3 : Description de la demande

Il n'y a présentement aucuns frais à verser pour la préparation des demandes. Les documents sont fournis électroniquement. Si vous voulez les recevoir d'une autre façon, veuillez communiquer avec nous.

Quels documents souhaitez-vous consulter? Si vous avez besoin d'aide pour connaître la nature des documents que nous détenons, veuillez communiquer avec le Bureau de la protection de la vie privée.

Si vous demandez des documents pour une période précise, veuillez cocher la case appropriée et indiquer la période en question. Si vous souhaitez obtenir des documents pour la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 31 août 2018, par exemple, veuillez indiquer « Du 01/01/2018 au 08/31/2018 ». Si vous souhaitez obtenir des documents pour la période allant du mois d'août 2018 à ce jour, veuillez indiquer « Du 08/01/2018 à ce jour ».

Si vous demandez un élément particulier d'un dossier médical, veuillez cocher la case appropriée et indiquer l'élément particulier dans l'espace prévu à cette fin. Exemple : « évaluation du coordonnateur de soins en date du 1<sup>er</sup> janvier 2019 ».

Si vous demandez le dossier médical au complet, veuillez cocher la case appropriée.

## SECTION 4 : Attestation

Veuillez lire cette section attentivement. En soumettant le présent formulaire rempli et signé, le patient ou le MS reconnaît être autorisé à soumettre cette demande d'obtention ou de divulgation de RPS. Les RPS figurant sur ce formulaire sont recueillis conformément à la LPRPS et servent à répondre à la demande d'accès (LPRPS, art. 54). Cette autorisation est valable pendant 90 jours à compter de la date de signature, sauf indication contraire. Si le demandeur désire retirer son consentement, il doit en informer le Bureau de la protection de la vie privée de SSDMCWW.

Le demandeur autorisé qui souhaite obtenir des dossiers médicaux doit **signer et dater le formulaire**, puis l'envoyer au Bureau de la protection de la vie privée (par courrier, télécopieur ou courriel). Nos coordonnées sont fournies ci-dessous.

## POUR NOUS JOINDRE

Au besoin, veuillez communiquer avec le Bureau de la protection de la vie privée :

Bureau de la protection de la vie privée  
Services de soutien à domicile et en milieu communautaire  
de Waterloo Wellington  
141, rue Weber Sud  
Waterloo (Ontario) N2J 2A9  
Tél. : 705 748-2222  
Sans frais : 1 888 883-3313  
Télééc. : 613 823-8682  
Courriel : [privacy.ww@lhins.on.ca](mailto:privacy.ww@lhins.on.ca)