

**FORMULAIRE DE DEMANDE POUR LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

En vertu de la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé

**Organisme destinataire de la demande**

Veillez transmettre la demande à l'adresse ou au numéro de télécopieur ci-dessus. Remarque : La loi permet un délai de 30 jours pour fournir une réponse.

**Patient pour lequel les renseignements sont demandés**

Nom de famille :	Numéro de carte Santé :
Prénom :	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :

**Renseignements sur le demandeur**

Nom de famille :	<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Mandataire spécial Lien avec le patient : <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
Prénom :	
Numéro de téléphone :	
Adresse postale :	

**Records being requested**

<input type="checkbox"/> Tous les dossiers de santé	Raison de la demande (facultative) :													
<input type="checkbox"/> Tous les dossiers de santé pendant une période précise Début : <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>JJ</td><td>MM</td><td>AAAA</td></tr></table> Fin : <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>JJ</td><td>MM</td><td>AAAA</td></tr></table>					JJ	MM	AAAA				JJ	MM	AAAA	<input type="checkbox"/> Raison personnelle
JJ		MM	AAAA											
JJ	MM	AAAA												
<input type="checkbox"/> Dossiers particuliers indiqués ci-dessous :	<input type="checkbox"/> Planification des soins													
	<input type="checkbox"/> Raison juridique													
	<input type="checkbox"/> Formulaires d'assurance													
	<input type="checkbox"/> Succession													
	<input type="checkbox"/> Exemption fiscale													
	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :													

**Instructions spéciales**

**Méthode/format de divulgation :**

Copie électronique – adresse courriel :

Copie papier envoyée à l'adresse ci-dessus

Copie papier envoyée à une autre personne ou adresse (précisez) :  
Nom : \_\_\_\_\_ Adresse postale : \_\_\_\_\_

Autre (précisez) :

**Divulgation rapide requise?**  Non  Oui (précisez) :

**Mesures d'adaptation requises?**  Non  Oui (précisez) :

Nom en lettre moulées \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Date (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

Les renseignements figurant sur ce formulaire sont recueillis conformément à la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé (« la Loi ») et seront utilisés pour identifier le patient et répondre à la demande d'accès en vertu du paragraphe 54 de la Loi. Les questions concernant la collecte de renseignements doivent être adressées à la personne-ressource responsable de la protection de la vie privée ou des dossiers sur la santé de l'organisme qui reçoit la demande d'accès.