

- Vous devez utiliser le présent formulaire pour demander à consulter des renseignements médicaux personnels vous concernant ou concernant un particulier dont vous avez la permission d'exercer les droits.
- Vous pouvez soumettre la demande par courrier, par télécopieur ou en personne à l'un des endroits où les services de soins ont été fournis. Les coordonnées de tous les établissements, y compris les hôpitaux, sont consultables sur le site Web de Southern Health-Santé Sud à l'adresse www.southernhealth.ca.
- Vous devrez peut-être présenter deux pièces d'identité avant de recevoir les renseignements médicaux personnels demandés.
- Un droit de base de **15 \$** peut être exigé pour le traitement d'une demande d'accès à des renseignements médicaux personnels. Des frais supplémentaires peuvent aussi s'appliquer (par exemple, pour les copies de plus de dix [10] pages, la fourniture d'un bus série universel [USB] ou la récupération de renseignements stockés dans un lieu extérieur). S'il y a des frais supplémentaires, on vous en donnera une estimation et la demande ne sera traitée que si vous acceptez ces frais.

Qui demande ces renseignements?

<input type="checkbox"/> Je suis le particulier sur qui portent les renseignements médicaux personnels.	Remplir la page 1
<input type="checkbox"/> Je ne suis pas le particulier sur qui portent les renseignements médicaux personnels.	Remplir les pages 1 et 2

COORDONNÉES DU PATIENT, DU CLIENT OU DU RÉSIDENT

Nom de famille	Prénom
Date de naissance (aaaa-mm-jj)	N° personnel d'assurance-maladie (9 chiffres)

COORDONNÉES DE LA PERSONNE QUI FAIT LA DEMANDE

Nom de famille	Même que ci-dessus	Prénom	Même que ci-dessus
Adresse	Ville	Province	Code postal
N° de téléphone :	domicile	travail	cellulaire

Les documents contenant des renseignements médicaux personnels peuvent être conservés à plus d'un endroit. Veuillez donner des précisions sur l'endroit visé par la demande d'accès à des renseignements médicaux personnels.

Il faut remplir un formulaire distinct pour chaque endroit.

Endroit/Établissement/Programme/Clinique <i>(p. ex. : Bethesda Regional Health Centre)</i>	Ville <i>(p. ex. : Steinbach)</i>	Dates de la visite <i>(p. ex. : du 1^{er} au 3 mars 2021)</i>	Autres commentaires <i>(p. ex. : admission pour une intervention chirurgicale)</i>

Description des renseignements médicaux personnels faisant l'objet de la demande :

(p. ex. : documents liés à une visite d'urgence, notes sur le patient hospitalisé et rapport d'opération)

Je fais cette demande pour : examiner (consulter) les renseignements décrits ci-dessus **et/ou** en recevoir une copie.

Comment voulez-vous que nous vous transmettions ces renseignements?

<input type="checkbox"/> Je viendrai les chercher en personne.
<input type="checkbox"/> Par courrier <i>(fournir l'adresse postale si elle est différente de celle indiquée ci-dessus)</i>
Adresse postale :

Signature : _____ Date : _____

DEMANDE D'ACCÈS À DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PERSONNELS

<ul style="list-style-type: none"> Remplissez cette page uniquement si vous demandez à consulter des renseignements médicaux personnels qui portent sur une autre personne. 	
<p>Quel est votre lien avec le particulier sur qui portent les renseignements médicaux personnels?</p>	
<p>À quel titre avez-vous le droit d'accéder aux renseignements médicaux personnels?</p>	
<p>Cochez la bonne case et fournissez une copie des documents justificatifs qui confirment votre droit d'agir au nom du particulier.</p>	
<input type="checkbox"/>	Personne que le particulier autorise par écrit à agir en son nom.
<input type="checkbox"/>	Mandataire que nomme le particulier en vertu de <i>la Loi sur les directives en matière de soins de santé</i> .
<input type="checkbox"/>	Curateur que nomme le particulier en vertu de <i>la Loi sur la santé mentale</i> , s'il a le pouvoir de prendre des décisions liées aux soins de santé au nom du particulier.
<input type="checkbox"/>	Subrogé à l'égard des soins personnels que nomme le particulier en vertu de <i>la Loi sur les personnes vulnérables ayant une déficience mentale</i> , si l'exercice des droits se rapporte aux attributions du subrogé.
<input type="checkbox"/>	Père, mère ou tuteur du particulier, si celui-ci est un mineur qui n'a pas la capacité de prendre des décisions liées aux soins de santé.
<input type="checkbox"/>	Dans le cas où le particulier est décédé, son représentant personnel (c.-à-dire son exécuteur ou exécutrice testamentaire).
<input type="checkbox"/>	Fondé de pouvoir agissant en vertu d'une procuration donnée par le particulier, si l'exercice de ces droits ou pouvoirs est lié aux attributions que la procuration confère.
<p>S'il existe des motifs raisonnables de croire qu'aucune des personnes mentionnées précédemment n'est disponible, l'adulte mentionné en premier lieu dans la liste ci-dessous qui est facilement disponible et qui est disposé à agir peut exercer les droits du particulier incapable de le faire :</p>	
<ul style="list-style-type: none"> a) le conjoint ou le conjoint de fait avec lequel le particulier vit; b) un fils ou une fille; c) le père ou la mère, si le particulier est un adulte; d) un frère ou une sœur; e) une personne avec laquelle on sait que le particulier entretient des liens personnels étroits; 	<ul style="list-style-type: none"> f) un grand-père ou une grand-mère; g) un petit-fils ou une petite-fille; h) un oncle ou une tante; i) un neveu ou une nièce.
<p>Préférence : la préférence est accordée au membre de la famille le plus âgé dans la liste ci-dessus.</p>	
<p>RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Si le paiement par carte de crédit (Visa ou Mastercard) ou par Interac n'est pas accepté, vous pouvez payer en espèces ou par chèque à l'ordre de Southern Health-Santé Sud. Si vous avez besoin d'aide pour remplir le présent formulaire ou pour soumettre une demande d'accès à des renseignements médicaux personnels, veuillez communiquer avec les Services d'information sur la santé de l'hôpital de votre région ou de l'établissement où vous avez reçu des soins de santé. Pour tout autre besoin, veuillez communiquer avec le spécialiste de la protection des renseignements personnels et l'accès à l'information. 	
<p>POUR USAGE INTERNE SEULEMENT</p>	
Signature du fournisseur de soins de santé/du directeur médical/du fonctionnaire chargé de la protection des renseignements médicaux personnels ou son délégué	
Nom (en lettres moulées) :	
Date de la communication :	
Date de l'abandon de la demande (le cas échéant) :	
Date de fourniture de l'estimation :	
<p>Commentaires :</p>	