

Demande d'accès à un dossier de santé

Information et instructions

Nous permettons la consultation de vos renseignements personnels sur la santé et du registre des accès, à moins d'une exception prévue par la loi. Nous examinons toutes les demandes d'accès aux dossiers médicaux et nous nous efforçons d'y répondre dans délai maximum de 30 jours à compter de la date de réception. Des circonstances urgentes peuvent nécessiter un délai plus court et nous en tenons compte dans la mesure du possible. Des frais sont facturés pour le traitement des demandes et pour les photocopies. Une grille tarifaire peut être fournie sur demande. Si la demande concerne des renseignements fournis par cybersanté Ontario ou un autre système régional ou provincial, nous vous redirigerons comme il se doit. Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire téléphonez, au 613-549-6666, poste 4949.

PARTIE A : RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT (en lettres moulées)

Nom : _____ Prénom : _____ Initiales : _____
Adresse postale : _____
nom/numéro de la rue ville/village province code postal
Date de naissance : _____ Numéro de carte Santé : _____
(aaaa/mm/jjj)
N° de téléphone au domicile : _____ Autre numéro : _____

PARTIE B : DEMANDE D'ACCÈS AUX RAPPORTS DE TESTS DIAGNOSTIQUES

1. Veuillez indiquer les détails qui nous aideront à trouver le dossier (p. ex. établissement, type de rapport, dates de service, nom de la procédure, etc.). Hôpital général de Kingston Hôpital Hôtel Dieu Centre de cancérologie.

2. Sélectionnez la manière dont vous souhaitez accéder à cette information. (Remarque : nous ne sommes pas en mesure d'envoyer les dossiers par courriel en toute sécurité.)

Envoi d'une photocopie des documents par la poste à l'adresse indiquée ci-dessus.

Cueillette des documents (sur rendez-vous)

3. Frais exigés : Des frais non remboursables de 30 \$ sont exigés pour les 20 premières pages, plus 0,25 \$ par page supplémentaire, payables dès l'envoi des documents.

PARTIE C : AUTORISATION

Je, _____, possède l'autorisation légale de faire cette demande en ma qualité de :

(Nom et prénom en lettres moulées)

Patient

Mandataire spécial du patient (sélectionnez une catégorie et fournissez une copie des documents prouvant votre statut) :

Parent gardien ou tuteur légal d'un enfant n'ayant pas la capacité de donner son consentement (de moins de 16 ans)

Procureur au soin de la personne d'un adulte incapable

Autre (expliquez) :

Fiduciaire ou exécuteur testamentaire d'un patient décédé (fournissez une copie des documents qui prouvent votre statut.)

Si vous n'êtes pas le patient, fournissez les renseignements suivants :

(Adresse postale) (N° de téléphone)

Date (aaaa/mm/jj) : _____ Signature : _____

Envoyez le formulaire à :

Communication des renseignements

Centre des sciences de la santé de Kingston

Hôpital général de Kingston

76, rue Stuart, Kingston (Ontario) K7L 2V7

Télécopieur : 613 542-8071

Pour obtenir d'autres renseignements, balayez le code QR
ou consultez la page « Mes renseignements personnels sur
la santé » à www.kingstonhsc.ca.

