



DEMANDE DU PATIENT POUR LA RÉCEPTION DE RAPPORTS DE TESTS DIAGNOSTIQUES

Employé des Services de renseignements sur la santé, du Centre de cancérologie ou du Programme de soins rénaux :

Date : _____ et initiales : _____.

Renseignements et directives : Nous remettons aux patients une copie de leur test diagnostique, tel qu'il est indiqué ci-dessous, une fois que toutes les sections du présent formulaire auront été remplies. Ce formulaire de demande s'applique uniquement **aux tests diagnostiques effectués au cours des 30 derniers jours et qui sont indiqués au verso du présent formulaire**. Consultez le verso pour en apprendre plus.

PARTIE A : RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Prénom : (en lettres moulées) _____

Nom : (en lettres moulées) _____

Date de naissance : (aaaa/mm/jj) _____

Numéro de la carte Santé _____

Numéro de téléphone où nous pouvons vous joindre _____

Signature : patient/mandataire spécial _____

Date : (aaaa/mm/jj) _____

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

Veillez 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 (ce consentement est valide pour la durée de vos soins au Centre de cancérologie.) Soins rénaux
- (ce consentement est valide pour la durée de vos soins au Programme de soins rénaux.)

INSCRIVEZ LE TYPE DE RAPPORT DE DIAGNOSTIC DEMANDÉ ET LA DATE DU TEST

- Laboratoire (date : aaaa/mm/jj) _____
- Rayons X (date : aaaa/mm/jj) _____
- Autre(s) type(s) de rapport de test (date[s] : aaaa/mm/jj) : _____

PARTIE C : MÉTHODE DE DISTRIBUTION (collecte en personne ou envoi par courrier)

- Collecte aux Services de renseignements sur la santé de l'**Hôpital général de Kingston** (niveau 1 de l'aile Kidd)
- Collecte aux Services de renseignements sur la santé de l'**Hôpital Hôtel-Dieu** (niveau 1 de l'aile Brock)
- Le dossier a été communiqué ou sera communiqué au patient par :
 - un employé du **Centre de cancérologie*** : _____ (initiales de l'employé)
 - un employé du **Programme de soins rénaux*** : _____ (initiales de l'employé)

***L'employé inscrira « copie du patient » sur tous les documents communiqués et enverra ce formulaire dûment rempli aux Services de renseignements sur la santé aux fins de numérisation.**

- Envoi par courrier à l'adresse postale (vérifiez l'exactitude) : _____

Patient : Une fois ce formulaire rempli, veuillez le retourner aux Services de renseignements sur la santé à l'Inscription ou à l'Accueil.

Inscription/Accueil : Veuillez transmettre le formulaire dûment rempli aux Services de renseignements sur la santé.

DEMANDE DU PATIENT POUR LA RÉCEPTION DE RAPPORTS DE TESTS DIAGNOSTIQUES

EXEMPLES DE TESTS :

- ✓ Audiogramme
 - ✓ Analyse sanguine (laboratoire)
 - ✓ Échocardiogramme (écho)
 - ✓ Électrocardiogramme (ECG)
 - ✓ Électroencéphalogramme (EEG)
 - ✓ Électromyogramme (EMG), laboratoire d'électrodiagnostic
 - ✓ Examen gastroentérologique
 - ✓ Rapport du moniteur Holter (les deux premières pages)
 - ✓ Imagerie ou rayons X (tomodensitométrie, imagerie par résonance magnétique [IRM], Doppler)
 - ✓ Examen neurophysiologique (électronystagmographie [ENG])
 - ✓ Pathologie
 - ✓ Exploration fonctionnelle respiratoire
 - ✓ Épreuve d'effort (tapis roulant)
 - ✓ Laboratoire de fonctions vestibulaires (vidéonystagmographie [VNG])
-

DOCUMENTS QUI NE S'APPLIQUENT PAS À CE FORMULAIRE DE DEMANDE ET QUI NE SERONT PAS COMMUNIQUÉS :

- Rapports d'autopsie ou renseignements sur des patients décédés;
- Rapports cliniques, lettres, examens, évaluations, consultations, rapports psychologiques ou tout rapport médical ou professionnel;
- Documents externes.

Remarque : Les rapports de tests diagnostiques qui ne sont pas stockés dans le Système de soins aux patients du Centre des sciences de la santé de Kinston (CSSK) ne peuvent pas être fournis par les Services de renseignements sur la santé du CSSK et devront être demandés au service qui conserve les dossiers en question, qui se chargera aussi de les envoyer. Ce formulaire doit tout de même être rempli et retourné aux Services de renseignements sur la santé. Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec les Services de renseignements sur la santé au 613 549-6666, poste 6800.

COMMENT OBTENIR UNE COPIE DE VOTRE DOSSIER MÉDICAL :

Si vous avez besoin d'accéder à d'autres dossiers médicaux, veuillez remplir le « formulaire d'autorisation de communiquer des renseignements personnels sur la santé » qui se trouve à l'adresse suivante : www.kingstonhsc.ca. Cherchez « Mes renseignements personnels sur la santé » et suivez les directives. Une fois rempli, le formulaire peut être envoyé par courriel à l'adresse khscrequest@kingstonhsc.ca ou par télécopieur au 613 542-8071.



MÉTHODE DE PRÉSENTATION DE LA DEMANDE POUR LA RÉCEPTION DE RAPPORTS DE TESTS DIAGNOSTIQUES :

Si vous soumettez ce formulaire par courriel à l'adresse khscrequest@kingstonhsc.ca, vous donnez alors votre adresse de courriel seulement pour les besoins de la présentation de votre formulaire rempli. Les rapports de diagnostic ne seront distribués que par les méthodes décrites à la partie C.