



## Demande d'accès à un dossier de santé

### Information et instructions

Nous rendrons disponibles vos renseignements personnels sur la santé et les registres d'accès aux fins d'examen, sauf si une exception d'ordre juridique s'applique. Nous examinerons toutes les demandes d'accès aux dossiers de santé et déploierons tous les efforts nécessaires pour répondre à votre demande dans un délai maximum de 30 jours après réception de la demande. Des circonstances urgentes peuvent nécessiter un délai plus court, qui sera respecté dans la mesure du possible. Des frais seront facturés pour le traitement de votre demande et pour les photocopies. Une grille tarifaire est disponible sur demande. Si une demande d'accès concerne des renseignements fournis par cyberSanté Ontario ou un autre système régional ou provincial, on vous redirigera en conséquence. Si vous avez besoin d'aide pour remplir le présent formulaire, veuillez appeler au 613 544-3400, poste 4125.

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

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Initiales : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_  
(aaaa / mm / jj)

N° de téléphone à la maison : \_\_\_\_\_ N° de téléphone au travail : \_\_\_\_\_

**Si vous êtes un mandataire spécial, nous avons besoin de copies des documents qui confirment votre autorité à ce titre, ainsi que de vos coordonnées :** (en lettres moulées svp)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Initiales : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

### PARTIE B : DEMANDE D'ACCÈS

1. Veuillez décrire les détails qui nous aideront à localiser le dossier (p. ex., dates de service, nom du fournisseur de soins de santé, etc.).

HHD

HGK

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Comment préférez-vous avoir accès à cette information? Veuillez cocher :

Examiner les dossiers sur place

Recevoir des photocopies des dossiers

Signature du patient ou mandataire : \_\_\_\_\_ Nom (lettres moulées) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(aaaa / mm / jj)

Envoyez le formulaire rempli à :  
Communication des renseignements  
Centre des sciences de la santé  
de Kingston  
Hôpital Hôtel Dieu  
166, rue Brock, Kingston, ON K7L 5G2  
Fax 613-542-8071

