Archives médicales
Divulgation de renseignements
Tél. : 705 759-3434, poste 5336
Téléc. : 705 759-3703

# AUTORISATION D'ACCÈS OU DE DIVULGATION – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ

**En vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé (LPRPS)***

www.sah.on.ca/patients/your-health-records

Nom du patient : _____ DDN (jj/mm/aaaa) : ___/___/_____

Adresse : _____
Rue Ville Province/État Code postal/Zip Code

Téléphone : _____ N° de carte Santé: _____

**Divulgation à la personne suivante – coordonnées de la personne qui demande les renseignements**

☐ Patient ☐ Fournisseur de soins ☐ Autre: _____

Nom: _____

Adresse : _____
Rue Ville Province/État Code postal/Zip Code

Téléphone : _____

J'autorise le personnel de l'HSSM à laisser un message sur la boîte vocale : ☐ Oui ☐ Non Téléc.: _____

**Renseignements personnels à consulter ou à divulguer**

Les dossiers liés aux traitements suivants : _____

Les dossiers visant la période suivante: _____

Description additionnelle des renseignements requis (facultatif): _____

**Autorisation**

Aux termes de la *LPRPS*, l'autorisation doit être signée par le patient ou le mandataire. Si le signataire n'est pas le patient, indiquez le lien du signataire avec le patient et fournissez la documentation officielle attestant de l'autorité de signature.

En signant ci-dessous, le requérant confirme qu'il comprend qu'on pourrait exiger des frais à l'égard du traitement de cette demande de renseignements personnels sur la santé et qu'il convient de s'en acquitter.

**Avis de non-responsabilité :**

*Le rapport d'archivage du SSP et les renseignements du dossier d'administration des médicaments ne sont pas automatiquement fournis à la suite d'une demande de dossiers complets, sauf si vous en faites expressément demande. Ces documents peuvent être extrêmement longs et leur production peut occasionner des coûts supplémentaires considérables pour le demandeur. Si vous souhaitez que ces documents vous soient fournis, cochez cette case.*

_____ _____
Nom du patient ou du mandataire (en lettres moulées) Nom du témoin (en lettres moulées)

_____ _____
Signature Signature du témoin

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

La présente autorisation demeurera valide pour une période de 90 jours à partir de la date de la signature, à moins d'indication contraire. Elle peut être retirée en tout temps sauf en ce qui concerne les mesures déjà prises avant le retrait du consentement.

| **Réservé à l'usage du bureau** | | | |
|---|---|---|---|
| | Pièce d'id. avec photo fournie : | ☐ Oui | ☐ Non |
| | Procuration reçue : | ☐ Oui | ☐ Non |
| | Testament reçu : | ☐ Oui | ☐ Non |
| | Barème des frais fourni : | ☐ Oui | ☐ Non |

**Initiales du membre du personnel :** _____