Demande d’accès ou de divulgation – Renseignements personnels sur la santé

|  |  |
| --- | --- |
| **Coordonnées du programme ou de l’établissement :** | |
| **Adresse :** | |
| **Téléphone :** | **Télécopieur :** |
| **Courriel :** | |

**Guide pour remplir la *Demande d’accès ou de divulgation – Renseignements personnels sur la santé***

Les renseignements personnels contenus dans le présent formulaire sont recueillis conformément à la *Freedom of Information and Protection of Privacy Act* (loi sur l’accès à l’information et la protection de la vie privée) et à la *Health Information Act* (loi sur les renseignements sur la santé) de l’Île-du-Prince-Édouard et seront utilisés pour répondre à votre demande. Si vous avez des questions à propos de vos renseignements personnels sur la santé et du respect de votre vie privée, consultez [princeedwardisland.ca/fr/information/sante-i-p-e/vie-privee-et-renseignements-personnels-sante](https://www.princeedwardisland.ca/fr/information/sante-i-p-e/vie-privee-et-renseignements-personnels-sante) ou discutez-en avec votre fournisseur de soins de santé.

|  |
| --- |
| **Veuillez remplir le présent formulaire *Demande d’accès ou de divulgation – Renseignements personnels sur la santé* et le retourner aux bureaux de Santé Î.-P.-É. où vous souhaitez présenter la demande.** |
| **À noter :**   1. Toutes les demandes d’accès nécessitent la présentation d’une copie claire d’une pièce d’identité valide :    * la carte-santé provinciale; et    * une (1) pièce d’identité avec photo *(p. ex. permis de conduire, passeport, carte d’identité)*; ***ou***    * en l’absence de pièce d’identité avec photo, une (1) pièce d’identité sans photo supplémentaire délivrée par le gouvernement et précisant la date de naissance *(p. ex. certificat de naissance ou de mariage)*. 2. Des frais peuvent être exigés pour la préparation des renseignements, selon le nombre de pages et le format des dossiers *(p. ex. papier, électronique ou télécopie)*. 3. Si vous avez des questions ou préoccupations à propos des renseignements personnels sur la santé que vous avez reçus, veuillez communiquer avec votre fournisseur de soins de santé. 4. Il incombe à la personne qui en fait la demande de s’assurer que tous les renseignements fournis sont exacts *(p. ex. adresse postale, numéro de télécopieur ou courriel)*. 5. Le personnel des bureaux où vous présentez la ***Demande d’accès ou de divulgation – Renseignements personnels sur la santé*** ne peut vous fournir que les dossiers auxquels il a accès. D’autres dossiers peuvent se trouver dans d’autres bureaux. Dans ce cas, vous pouvez soumettre la demande à plusieurs bureaux. 6. Veuillez remplir tous les champs appropriés du formulaire. Fournir autant de détails que possible sur les renseignements que vous demandez contribue à vous assurer de recevoir les documents que vous souhaitez. |
| **Renseignements sur les mandataires spéciaux**  La *Health Information Act* de l’Île-du-Prince-Édouard stipule qui peut agir à titre de mandataire spécial et demander l’accès aux renseignements sur la santé d’une autre personne. Les mandataires spéciaux peuvent comprendre :   1. une personne autorisée, par écrit, par la personne concernée à fournir son consentement; 2. la représentante ou le représentant personnel de la personne concernée, si celle-ci est décédée *(p. ex. exécutrice ou exécuteur, administratrice ou administrateur de la succession de la personne concernée, ou personne autorisée dans une directive en matière de soins de santé)*;   b) la tutrice ou le tuteur, la conjointe ou le conjoint, un enfant adulte, un parent, une sœur ou un frère adulte ou tout autre proche parent adulte de la personne concernée; ou  h) le fournisseur de soins de santé de la personne concernée.  Veuillez prendre note que des documents sont exigés comme preuve d’autorisation à agir comme mandataire spécial. |

**Demande d’accès ou de divulgation – Renseignements personnels sur la santé**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. À propos de vous (la personne concernée par la demande de renseignements)** | | | | |
| Nom de famille : | | Prénom : | | |
| Date de naissance (AAAA-MM-JJ) : | | Numéro de carte-santé : | | |
| Adresse postale : | | | | |
| Ville ou village : | Province : | | | Code postal : |
| Téléphone : | | Courriel : | | |
| **2. Au sujet de votre demande** | | | | |
| **À qui appartiennent les renseignements auxquels vous demandez l’accès?**   * Mes propres renseignements sur la santé * Des renseignements personnels sur la santé d’une autre personne (Veuillez consulter la section sur les *mandataires spéciaux* du guide et joindre une preuve d’autorisation légale à agir au nom de cette personne.) * J’autorise la divulgation des renseignements à la tierce partie suivante :   (Fournir les coordonnées de la tierce partie au point 6.) | | | | |
| **3. À propos du mandataire spécial (si la demande concerne les renseignements sur la santé d’une autre personne)** | | | | |
| Nom de famille : | | Prénom : | | |
| Lien avec la personne dont vous demandez les renseignements personnels sur la santé : | | | | |
| **4. À quel établissement, programme ou service de Santé Î.-P.-É. présentez-vous la demande?** (Soyez aussi précis que possible et indiquez le nom et l’emplacement de l’établissement, du programme ou du service en question.) | | | | |
|  | | | | |
| **5. Au sujet des renseignements auxquels vous demandez l’accès** | | | | |
| **À quels renseignements personnels sur la santé en particulier demandez-vous l’accès?** Soyez aussi précis que possible quant aux dossiers demandés (p. ex. résumé de sortie, dossier médical du cabinet du médecin, rapport, résultats de test, dossiers de vaccination) et incluez les dates ou périodes concernées. | | | | |
| **Dossiers demandés :** | | | **Période :** | |
| **6. Dans quel format voulez-vous que les renseignements vous soient envoyés?** | | | | |
| * Je viendrai chercher les documents imprimés aux bureaux où j’ai présenté la demande. * Veuillez poster les documents imprimés (précisez l’adresse postale exacte où envoyer les documents, y compris la rue, la ville ou le village, la province et le code postal) :      * Veuillez télécopier les documents (précisez le numéro de télécopieur, y compris l’indicatif régional) : * Veuillez envoyer les documents par courriel (écrivez le courriel **en lettres moulées et remplissez l’attestation qui suit**) :     **\*\* Si vous demandez à recevoir les renseignements par courriel, veuillez lire et signer l’attestation qui suit :**  Je soussignée ou soussigné (nom en lettres moulées) comprends qu’il y a des risques associés à l’envoi de renseignements personnels à un courriel non protégé, y compris des risques qu’un tiers accède à l’information pendant sa transmission. J’accepte les risques et je demande à Santé Î.-P.-É. de m’envoyer mes renseignements au courriel que j’ai fourni.  Signature : Date :   * Autre méthode demandée (veuillez préciser) : | | | | |
| **7. Votre signature** | | | | |
| Signature : | | Date : | | |
| Fournisseur de soins de santé consulté (le cas échéant) : | | Date : | | |
| **À usage interne seulement** | | | | |
| Date de réception (AAAA-MM-JJ) : | | Numéro de la demande : | | |
| Demande reçue par : | | Emplacement : | | |
| Renseignements divulgués par : | | Date de divulgation (AAAA-MM-JJ) : | | |