



7601

Demande d'accès à un dossier de santé

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. Toutes les demandes d'accès aux dossiers de santé seront examinées et traitées dans les 30 jours suivant leur réception. Des circonstances urgentes peuvent nécessiter un délai plus court, et nous en tenons compte dans la mesure du possible. Des frais de traitement et de photocopie s'applique (grille tarifaire disponible sur demande). Les demandes concernant des dossiers provenant de cyberSanté Ontario ou d'autres systèmes régionaux/provinciaux seront redirigées vers les services appropriés. Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, composez le **613 549-6666, poste 64949**.

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

Nom : _____ Prénom : _____ Initialles : _____

Adresse postale : _____ numéro et nom de rue _____ ville _____ province _____ code postal _____

Date de naissance (aaaa/mm/jj) : _____ Numéro de carte Santé : _____

N° de téléphone principal : _____ Autre numéro : _____

PARTIE B : DÉTAILS DE LA DEMANDE

1. De quels dossiers avez-vous besoin? Décrivez les renseignements que vous souhaitez obtenir et précisez les dates pertinentes (p. ex. examens, notes cliniques, etc.) :

2. Établissement(s) où vous avez reçu des soins : Hôpital général de Kingston Hôpital Hôtel-Dieu Centre de cancérologie
 Bayshore

3. Comment souhaitez-vous recevoir vos dossiers? (Remarque : *Les dossiers ne peuvent pas être envoyés par courrier électronique pour des raisons de protection des renseignements personnels.*)

Par la poste à l'adresse indiquée ci-dessus **OU** Collecte en personne (sur rendez-vous, en semaine de 8 h à 16 h, aux Services des renseignements sur la santé, niveau 1 de l'aile Kidd, Hôpital général de Kingston)

4. Frais exigés : Pour les 20 premières pages, des frais non remboursables de 30 \$ s'appliquent. Pour les pages supplémentaires, les frais sont de 0,25 \$ par page. Nous communiquerons avec vous pour confirmer le coût total et le mode de livraison.

PARTIE C : AUTORISATION

Je, _____, possède l'autorisation légale de faire cette demande en ma qualité de
(Prénom et nom de famille en lettres moulées)

Patient ou patiente

Mandataire spécial(e)* – joindre la preuve

Parent ayant la garde/tuteur légal ou tutrice légale (enfant incapable de moins de 16 ans)*

Procureur ou procureure au soin de la personne (adulte incapable)*

Autre : _____

Fiduciaire/exécuteur ou exécutrice testamentaire – joindre la preuve

* Si vous n'êtes pas le patient ou la patiente, fournissez les renseignements suivants :

(Adresse postale)

(N° de téléphone)

SIGNATURE REQUISE :

Date (aaaa/mm/jj) :

Envoyez le formulaire à :

Bureau de divulgation des renseignements, CSSK
Hôpital général de Kingston
76, rue Stuart, Kingston (Ontario) K7L 2V7

Télécopieur : 613 542-8071 Courriel : khscrequest@kingstonhsc.ca

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

