



Numéro de dossier médical :

Date de réception :

Date de communication :

Initiales : _____

Récupéré(s) par le patient ou la patiente

Récupéré(s) par une personne autorisée

Envoyé(s) par la poste au patient ou à la patiente

DEMANDE DU PATIENT OU DE LA PATIENTE – RAPPORTS DE TESTS DIAGNOSTIQUES

Directives : Vous pouvez demander des rapports de tests diagnostiques produits au cours des 30 derniers jours. Nous vous prions de nous laisser le temps de confirmer que vos résultats ont été vérifiés et qu'ils sont prêts à être communiqués, car certains rapports peuvent ne pas être accessibles immédiatement; dans un tel cas, nous communiquerons avec vous dès qu'ils le seront. Assurez-vous que toutes les sections de ce formulaire sont bien remplies. Apportez une pièce d'identité avec photo délivrée par le gouvernement lorsque vous venez chercher vos documents. Heures d'ouverture du bureau : du lundi au vendredi, de 8 h à 16 h. Les formulaires reçus en dehors de ces heures seront traités le jour ouvrable suivant.

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

Votre prénom : _____ Votre nom : _____

Date de naissance : (aaaa/mm/jj)

Numéro de la carte Santé

Numéro de téléphone où nous pouvons vous joindre

Adresse postale : _____

PARTIE B : DÉTAILS de la DEMANDE

- OÙ AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS? Hôpital général de Kingston Hôpital Hôtel Dieu Bayshore
- 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 TESTS DIAGNOSTIQUES DEMANDÉ ET LA DATE DU TEST

- Laboratoire (date : aaaa/mm/jj) _____
- Radiographie (date : aaaa/mm/jj) _____
- Autre(s) test(s) diagnostique(s) (date : aaaa/mm/jj) _____

PARTIE C : COMMENT SOUHAITEZ-VOUS RECEVOIR VOTRE RAPPORT? (Remarque : pour des raisons de protection des renseignements personnels, les rapports ne peuvent pas être envoyés par courrier électronique.)

- Collecte en personne** – en semaine de 8 h à 16 h, aux Services de renseignements sur la santé, niveau 1 de l'aile Kidd, Hôpital général de Kingston (Il est possible de récupérer le rapport à l'Hôpital Hôtel-Dieu uniquement si le formulaire est soumis à l'Hôpital même.)
- Envoi par la poste** à l'adresse indiquée ci-dessus
- Remis au patient ou à la patiente par :** Centre de cancérologie Programme de soins rénaux Initiales de l'employé(e) : _____
(L'employé(e) inscrira « Copie du patient » sur le formulaire, puis l'enverra aux Services de renseignements sur la santé pour numérisation.)

SIGNATURE DU PATIENT OU DE LA PATIENTE REQUISE : _____ Date (aaaa/mm/jj)

EXEMPLES DE RAPPORTS DE TESTS DIAGNOSTIQUES QUI PEUVENT ÊTRE DEMANDÉS (une fois vérifiés et prêts à être communiqués) :

- ✓ Audiogramme Analyse sanguine (laboratoire) Échocardiogramme (écho) Électrocardiogramme (ECG)
- ✓ Electroencéphalogramme (EEG) Électromyogramme (EMG), laboratoire d'électrodiagnostic Tests gastro-intestinaux ou respiratoires
- ✓ Rapport du moniteur Holter (2 premières pages) Imagerie ou radiographie (TDM, IRM, Doppler) Examen neurophysiologique (ENG)
- ✓ Pathologie Exploration fonctionnelle respiratoire Épreuve d'effort (tapis roulant) Laboratoire de fonctions vestibulaires (VNG)

CE QUI NE PEUT PAS ÊTRE COMMUNIQUÉ AU MOYEN DE CE FORMULAIRE :

- X** Rapports d'autopsie ou renseignements sur des patients décédés **X** Documents externes **X** Tests effectués il y a plus de 30 jours
- X** Rapports cliniques, lettres, examens, évaluations, consultations, rapports psychologiques ou tout rapport médical ou professionnel;
- X** Les rapports qui ne sont pas stockés dans le dossier de santé électronique du Centre des sciences de la santé de Kingston (CSSK) ne peuvent pas être communiqués par les Services de renseignements sur la santé; il faut donc les demander aux services qui les conserve.

VOUS AVEZ BESOIN DE DOSSIERS DE SANTÉ SUPPLÉMENTAIRES? – Remplissez le formulaire « Demande d'accès à un dossier de santé », à l'adresse suivante : <https://www.kingstonhsc.ca/fr> → Cherchez « Mes renseignements personnels sur la santé » ou lisez le code QR.



SOUMETTEZ CE FORMULAIRE au Bureau de la divulgation des renseignements par :

courriel : khscroirequest@kingstonhsc.ca; télécopieur : 613 542-8071; ou composez le 613 549-6666, poste 66800



Numéro de dossier médical :

Date de réception :

Date de communication :

Initiales : _____

DEMANDE DU PATIENT OU DE LA PATIENTE – RAPPORTS DE TESTS DIAGNOSTIQUES

Aux fins de suivi interne par les Services de renseignements sur la santé uniquement. NE PAS NUMÉRISER cette page.

Communication de suivi avant la collecte (remarque : si « OUI » n'est pas coché, la situation ne s'applique pas)

- Le ou les rapports ont été vérifiés et sont prêts à être communiqués : Oui
- Le patient ou la patiente a été informé(e) (si le ou les rapports ne sont pas prêts immédiatement) : Oui – Date (AAAAA/MM/JJ) – Méthode : _____
 Message laissé Oui Par (initiales de la personne) : _____
- Le patient ou la patiente a accepté de ne recevoir qu'une partie du ou des rapports : Oui – Partie en attente : _____ Non
- On a demandé à ce qu'une personne autorisée récupère le ou les rapports. Nom/lien de parenté avec le patient ou la patiente : _____

Confirmer les détails suivants lors de la collecte du ou des rapports et après

- Vérification de la pièce d'identité au moment de la collecte, y compris s'il s'agit d'une personne autorisée
- Les renseignements personnels sur la santé (RPS) portent la mention « copie du patient ».
- Envoyé(s) par la poste à la demande du patient ou de la patiente
- Détails entrés sur la personne qui présente la demande dans la section Diagnostic Requestor du système Access Management, y compris le nom de la personne qui a récupéré les RPS.

ii