

Formulaire de demande d'accès à des renseignements personnels sur la santé

Pour effectuer une demande de renseignements personnels sur la santé :

- Remplissez le présent formulaire *en entier*.
- Préparez un chèque de 30 \$ à l'ordre d'Ornge (pour obtenir plus de renseignements sur nos frais, visitez notre [page Web sur l'information et la confidentialité](#)).
- Si vous effectuez une demande au nom d'un patient, vous devez inclure tous les documents nécessaires pour prouver que vous êtes en droit d'effectuer cette demande (p. ex., procuration, testament, etc.)
- Faites parvenir ces documents par la poste à l'adresse ci-dessus et inscrivez sur l'enveloppe « **ATTN : DOSSIERS MÉDICAUX** ».

Pour toute question sur les demandes d'accès, écrivez-nous à l'adresse healthrecords@ornge.ca.

RENSEIGNEMENTS DU PATIENT (<i>veuillez écrire lisiblement</i>)				
Nom de famille		Prénom		Date de naissance (jj-mm-aaaa)
Numéro	Numéro de rue	Nom de rue / Case postale		
Ville		Province	Pays	Code postal
Numéro de téléphone () - poste			Adresse courriel	
MOTIF DE LA DEMANDE :				
Date du transfert effectué par Ornge (jj-mm-aaaa) :				
Description des renseignements personnels sur la santé demandés :			Emplacement – si Ornge s'est rendu sur les lieux d'un accident ou d'un incident :	
Transfert entre établissements Hôpital d'origine :			Hôpital d'accueil :	
Ville d'origine :			Ville d'accueil :	

Les renseignements personnels contenus dans le présent formulaire sont recueillis en vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* et seront utilisés pour répondre à votre demande. En soumettant ce document, vous consentez à ce qu'Ornge communique avec vous en utilisant les coordonnées fournies. Pour toute question à ce sujet, communiquez avec le Bureau de l'information et de la confidentialité au 647.428.2005. (Version 2014-07-14)



SIGNATURE DU PATIENT :

DATE (jj-mm-aaaa) :

Le présent formulaire doit contenir la signature originale du patient. Veuillez noter que présenter une demande d'accès à des renseignements personnels sur la santé sous de faux prétextes constitue une infraction punissable en vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*.

MANDATAIRE SPÉCIAL OU RERPÉSENTANT SUCCESSORAL (le cas échéant)

Si vous présentez une demande au nom d'un patient à titre de mandataire spécial ou de représentant successoral, vous devez fournir les renseignements suivants ainsi que des exemplaires de documents prouvant que vous avez le droit d'agir au nom du patient (p. ex., procuration, testament, etc.).

Nom de famille		Prénom		Lien avec le patient	
Numéro	Numéro de rue	Nom de la rue / Case postale			
Ville		Province	Pays	Code postal	
Numéro de téléphone () - poste			Adresse courriel		

SIGNATURE DU MANDATAIRE SPÉCIAL OU DU RERPÉSENTANT SUCCESSORAL : DATE (jj-mm-aaaa) :

Le présent formulaire doit contenir la signature originale du patient. Veuillez noter que présenter une demande d'accès à des renseignements personnels sur la santé sous de faux prétextes constitue une infraction punissable en vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*.

Les renseignements personnels contenus dans le présent formulaire sont recueillis en vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* et seront utilisés pour répondre à votre demande. En soumettant ce document, vous consentez à ce qu'Ornge communique avec vous en utilisant les coordonnées fournies. Pour toute question à ce sujet, communiquez avec le Bureau de l'information et de la confidentialité au 647.428.2005.