

# Demande de verrouillage de la part du patient

## **Instructions pour les patients**

Vous avez le droit de nous demander de ne pas partager certaines informations ou la totalité de votre dossier médical avec des membres de l'équipe de l'Équipe de santé familiale ByWard ou avec des fournisseurs de soins de santé externes à l'ESF ByWard (comme un hôpital ou un spécialiste). C'est ce qu'on appelle communément le « verrouillage ».

Avant de signer ce formulaire, veuillez lire le feuillet *Information concernant le verrouillage pour les patients : Comment restreindre l'accès à votre dossier médical?* Il y a des risques à mettre un verrouillage sur votre information concernant votre santé et vous devriez y réfléchir avant de demander un verrouillage. À cause de ces risques, l'ESF ByWard recommande fortement à ses patients de rendre seulement quelques informations confidentielles, plutôt que de « verrouiller » entièrement le dossier médical. Veuillez discuter de vos inquiétudes avec votre fournisseur de soins primaires (médecin de famille ou infirmier(e) praticien(ne)) et cela, afin de trouver la meilleure option qui répond à vos besoins. Vous pouvez également en discuter avec l'agent à la vie privée au : [PrivacyOfficer@opih.ca](mailto:PrivacyOfficer@opih.ca)

## **COORDONNÉES DU PATIENT (veuillez les inscrire en caractères d'imprimerie)**

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **Initiales :** \_\_\_\_\_

**Date de naissance :** \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)

**Adresse postale :** \_\_\_\_\_

**# Téléphone :** \_\_\_\_\_ **# Alternatif :** \_\_\_\_\_

## **SI VOUS FAITES CETTE DEMANDE EN TANT QUE DÉCISIONNAIRE DÉSIGNÉ, NOUS AVONS BESOIN DES INFORMATIONS SUIVANTES VOUS CONCERNANT : (veuillez les inscrire en caractères d'imprimerie)**

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **Initiales :** \_\_\_\_\_

**Adresse postale :** \_\_\_\_\_

**# Téléphone :** \_\_\_\_\_ **# Alternatif :** \_\_\_\_\_

**Relation avec le patient:** \_\_\_\_\_

## **DÉTAILS DU VERROUILLAGE**

**Veillez indiquer ci-dessous dans quelle mesure vous souhaitez verrouiller votre dossier médical :**

- Dossier médical complet (la totalité)
  - Visite(s) précise(s) : (spécifiez les dates) \_\_\_\_\_
  - Une série de dates précises : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_
  - Autre (merci d'indiquer le plus de détails possible) \_\_\_\_\_
- 
- 
- 
- 

### RECONNAISSANCE DU PATIENT

J'ai lu le *Feuille d'information concernant le verrouillage pour les patients* : Comment restreindre l'accès à votre dossier médical? Le verrouillage m'a bien été expliqué. Les risques encourus de verrouiller mon dossier m'ont été expliqués. J'ai pu poser toutes les questions que j'avais et on n'y a répondu à mon entière satisfaction.

\_\_\_\_\_  
(Nom du patient ou  
du décisionnaire désigné)

\_\_\_\_\_  
(Signature)

\_\_\_\_\_  
(Date: jj/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
(Nom du témoin)

\_\_\_\_\_  
(Signature)

\_\_\_\_\_  
(Date: jj/mm/aaaa)

**ENTREVUE AVEC LE PATIENT/DÉCISIONNAIRE DÉSIGNÉ (Usage interne)**

Date de la demande: \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)

**ISSUE:**  Verrouillage du dossier complet  Visite(s) précises  Série de dates précises  Membres de l'équipe exclus

**Détails:**

---

---

---

---

---

**Copie donnée au patient:**  Oui  Non

\_\_\_\_\_  
(Nom de l'agent à la vie privée)

\_\_\_\_\_  
(Signature)

\_\_\_\_\_  
(Date: jj/mm/aaaa)