

## CONSENTEMENT POUR AUTORISER LA DIVULGATION D'INFORMATIONS MÉDICALES

Conformément à la Loi de 2004 sur les renseignements médicaux personnels (PHIPA), ce formulaire a pour but d'autoriser une personne autre que vous-même à communiquer avec notre personnel au sujet de vos renseignements médicaux. (Voir page 2 pour plus de détails).

### 1. Autorisation du patient (VEUILLEZ REMPLIR ENTIÈREMENT)

Nom - Prénom		Date de naissance
Adresse (rue)		Ville
Province	Code postal	☎

### 2. La personne mentionnée ci-dessous est autorisée à accéder à mes informations médicales :

Nom - Prénom		
Adresse (rue)		Ville
Province	Code postal	☎
Lien avec le patient (c'est-à-dire : conjoint, partenaire, père, mère, tuteur, fils, fille, belle-famille, procuration, etc :)		

### La personne supplémentaire mentionnée ci-dessous est également autorisée à accéder à mes informations médicales :

Nom - Prénom		
Adresse (rue)		Ville
Province	Code postal	☎
Lien avec le patient (c'est-à-dire : conjoint, partenaire, père, mère, tuteur, fils, fille, belle-famille, procuration, etc :)		

### 3. Informations à divulguer :

- Uniquement pour la prise et le report de rendez-vous.
- Toutes les informations (y compris les communications téléphoniques/verbales).
- Toutes les informations sauf les suivantes: \_\_\_\_\_

4. La présente autorisation restera en vigueur jusqu'à ce que vous la révoquiez par écrit. Si vous souhaitez limiter la durée de cette autorisation, veuillez préciser la date de fin : \_\_\_\_\_

5. J'autorise la divulgation de mes informations médicales conformément aux spécifications énumérées ci-dessus. Je recevrai/conservrai une copie de mon autorisation signée. Le consentement documenté (signé ou verbal) sera consigné dans mon dossier médical. Une photocopie de ce consentement aura la même valeur que l'original signé.

Signature du patient \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LE CONSENTEMENT À LA DIVULGATION DES INFORMATIONS MÉDICALES SUR LES PATIENTS

Les règles de confidentialité imposent à votre équipe soignante de ne pas divulguer d'informations à des personnes non autorisées.

Il est courant qu'un conjoint ou un partenaire prenne des rendez-vous pour les membres de sa famille, vérifie s'ils doivent revenir pour un suivi, etc. Toutefois, il n'est pas permis à un conjoint d'agir au nom de son époux ou de son épouse sans autorisation. Pour cela, nous exigeons que le dossier contienne un consentement écrit.

De même, un parent ou un tuteur légal est censé et autorisé à coordonner et à gérer les besoins en soins de santé d'un enfant. Toutefois, en vertu de la loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé (PHIPA), il n'y a pas d'âge de consentement défini dans la province de l'Ontario. Par conséquent, les patients âgés de moins de 16 ans qui sont capables de comprendre les informations pertinentes et les conséquences relatives à leurs propres soins de santé peuvent, à tout moment, choisir de désigner une ou plusieurs personnes autorisées à accéder à leurs informations de santé. Ce consentement écrit doit figurer dans le dossier.

Les patients âgés de 16 ans ou plus sont tenus d'autoriser un parent, un tuteur ou une autre personne désignée à accéder à leurs informations médicales s'ils le souhaitent, conformément à la loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé (Health Care Consent Act). Le consentement écrit doit également figurer dans le dossier.

### **Noms, résidence, garde**

Il devient difficile de gérer les cas où les noms de famille des conjoints sont différents, où les noms de famille des parents sont différents de ceux de leurs enfants, où les membres de la famille résident dans des résidences différentes, où il existe des accords de garde, etc. Dans ces cas, tous les détails doivent être fournis par écrit et conservés dans le dossier.

### **Révocation**

Vous avez le droit de révoquer cette autorisation, par écrit, à tout moment avant qu'elle ne prenne fin. Toutefois, votre révocation n'affectera pas les divulgations de vos informations médicales qui ont déjà été effectuées, sur la base de cette autorisation, avant le moment où vous la révoquez. La révocation peut ne pas être effective dans certaines circonstances où l'assureur conteste une demande d'indemnisation. Toutefois, toute révocation écrite ou question doit être adressée au responsable de la protection de la vie privée à l'adresse suivante : [privacyofficer@opih.ca](mailto:privacyofficer@opih.ca).

### **Signatures**

Vous êtes la seule personne autorisée à signer un formulaire autorisant la divulgation de vos informations médicales. Un conjoint, un parent ou un tuteur ne peut pas autoriser la divulgation d'informations médicales pour vous, sauf s'il a le droit légal de le faire.

**CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE SIGNÉ PAR VOUS, LE PATIENT QUI L'AUTORISE. CE FORMULAIRE SIGNÉ SERA ENREGISTRÉ DANS VOTRE DOSSIER MÉDICAL**