



**DEMANDE D'ACCÈS À DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PERSONNELS**

- Remplissez cette page uniquement si vous demandez à consulter des renseignements médicaux personnels qui portent sur une autre personne.

**Quel est votre lien avec le particulier sur qui portent les renseignements médicaux personnels?****À quel titre avez-vous le droit d'accéder aux renseignements médicaux personnels?**

Cochez la bonne case et fournissez une copie des documents justificatifs qui confirment votre droit d'agir au nom du particulier.

<input type="checkbox"/>	Personne que le particulier autorise par écrit à agir en son nom.
<input type="checkbox"/>	Mandataire que nomme le particulier en vertu de <i>la Loi sur les directives en matière de soins de santé</i> .
<input type="checkbox"/>	Curateur que nomme le particulier en vertu de <i>la Loi sur la santé mentale</i> , s'il a le pouvoir de prendre des décisions liées aux soins de santé au nom du particulier.
<input type="checkbox"/>	Subrogé à l'égard des soins personnels que nomme le particulier en vertu de <i>la Loi sur les personnes vulnérables ayant une déficience mentale</i> , si l'exercice des droits se rapporte aux attributions du subrogé.
<input type="checkbox"/>	Père, mère ou tuteur du particulier, si celui-ci est un mineur qui n'a pas la capacité de prendre des décisions liées aux soins de santé.
<input type="checkbox"/>	Dans le cas où le particulier est décédé, son représentant personnel (c.-à-dire son exécuteur ou exécutrice testamentaire).
<input type="checkbox"/>	Fondé de pouvoir agissant en vertu d'une procuration donnée par le particulier, si l'exercice de ces droits ou pouvoirs est lié aux attributions que la procuration confère.

S'il existe des motifs raisonnables de croire qu'aucune des personnes mentionnées précédemment n'est disponible, l'adulte mentionné en premier lieu dans la liste ci-dessous qui est facilement disponible et qui est disposé à agir peut exercer les droits du particulier incapable de le faire :

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>a) le conjoint ou le conjoint de fait avec lequel le particulier vit;</li> <li>b) un fils ou une fille;</li> <li>c) le père ou la mère, si le particulier est un adulte;</li> <li>d) un frère ou une sœur;</li> <li>e) une personne avec laquelle on sait que le particulier entretient des liens personnels étroits;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>f) un grand-père ou une grand-mère;</li> <li>g) un petit-fils ou une petite-fille;</li> <li>h) un oncle ou une tante;</li> <li>i) un neveu ou une nièce.</li> </ul> |
|---|--|

Préférence : la préférence est accordée au membre de la famille le plus âgé dans la liste ci-dessus.

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**

- Si le paiement par carte de crédit (Visa ou Mastercard) ou par Interac n'est pas accepté, vous pouvez payer en espèces ou par chèque à l'ordre de Southern Health-Santé Sud.
- Si vous avez besoin d'aide pour remplir le présent formulaire ou pour soumettre une demande d'accès à des renseignements médicaux personnels, veuillez communiquer avec les Services d'information sur la santé de l'hôpital de votre région ou de l'établissement où vous avez reçu des soins de santé.
- Pour tout autre besoin, veuillez communiquer avec le spécialiste de la protection des renseignements personnels et l'accès à l'information.

**POUR USAGE INTERNE SEULEMENT**

Signature du fournisseur de soins de santé/du directeur médical/du fonctionnaire chargé de la protection des renseignements médicaux personnels ou son délégué	
Nom (en lettres moulées) :	
Date de la communication :	
Date de l'abandon de la demande (le cas échéant) :	
Date de fourniture de l'estimation :	
Commentaires :	