

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS À DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PERSONNELS

(This document is also available in English)

PARTIE 1: RENSEIGNEMENT SUR LE PATIENT/CLIENT/RÉSIDENT

NOM DE FAMILLE _____ PRÉNOM _____

Date de naissance:

J	J	M	M	M	A	A	A

 Numéro de la carte santé:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(N^o. NIMP de 9 chiffres)

Adresse: _____
NOM DE RUE ET NUMÉRO MUNICIPAL _____ VILLE _____ PROVINCE _____ CODE POSTAL _____

N^{os} de téléphone: Maison: () _____ Travail: () _____ Cell: () _____

PARTIE 2: RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS

Date(s) et lieux de la prestation des services: _____

Renseignements médicaux personnels et spécifiques demandés: _____

Il s'agit d'une demande pour: examiner (consulter) **et/ou** → recevoir une copie des renseignements précisés ci-dessus.

Je demande des renseignements me concernant personnellement: OUI NON **Si NON – compléter la Partie 3.**
Vous pourriez devoir payer des frais pour examiner et/ou recevoir une copie des renseignements demandés.

PARTIE 3: PERSONNE AUTORISÉE À EXERCER LES DROITS D'UN PARTICULIER

NOM DE FAMILLE _____ PRÉNOM _____

Adresse: _____
NOM DE RUE ET NUMÉRO MUNICIPAL _____ VILLE _____ PROVINCE _____ CODE POSTAL _____

N^{os} de téléphone: Maison: () _____ Travail: () _____ Cell: () _____

Indiquer votre autorisation: _____
Vous pourriez devoir fournir des documents pour prouver votre autorisation légale d'exercer les droits de la personne concernée.

Partie 4: AUTORISATION ÉCRITE – UNIQUEMENT POUR LES SOINS FOURNIS À L'HEURE ACTUELLE

J'autorise _____ à examiner et à obtenir une copie des renseignements décrits dans la Partie 2.
NOM DE FAMILLE _____ PRÉNOM _____

Partie 5: SIGNATURE DU PATIENT / DU CLIENT / DU RÉSIDENT / DE LA PERSONNE DÉCRITE DANS LA PARTIE 3

Signature du demandeur: _____ Date:

J	J	M	M	M	A	A	A

Partie 6: AUTRES

Signature du prestataire de soins / du directeur médical / agent de protection de la vie privée _____ Date de réception:

J	J	M	M	M	A	A	A

N^o du client/record: _____

Date de l'examen (consultation):

J	J	M	M	M	A	A	A

 Date de remise des copies:

J	J	M	M	M	A	A	A

Lignes directrices pour remplir le formulaire « Demande d'accès à des renseignements médicaux personnels (RMP) »

Ce formulaire doit être utilisé lorsqu'un particulier (un patient à l'hôpital, un client qui reçoit des services de santé communautaire ou un résident dans un foyer de soins de longue durée) demande d'avoir accès à ses propres RMP, ou lorsque la personne autorisée à exercer les droits d'un particulier demande d'avoir accès aux RMP du particulier concerné.

Partie 1 : Renseignements sur le patient/client/résident

Inscrivez le nom de famille, le prénom, la date de naissance, le numéro de la carte de santé (le numéro NIMP de 9 chiffres du Manitoba ou le numéro de la carte de santé provenant d'une autre compétence), l'adresse complète et les numéros de téléphone du particulier que les renseignements concernent.

Partie 2 : Renseignements demandés

- Précisez la date ou les dates et le lieu de la prestation des services de soins de santé; incluez le nom de l'hôpital, du foyer de soins de longue durée, de la clinique, du centre de santé communautaire ou du programme (sage-femme, soins à domicile, santé publique, santé mentale).
- Décrivez en termes clairs les RMP demandés.
- Indiquez s'il s'agit d'une demande pour examiner (consulter) les RMP et/ou obtenir une copie des RMP.
- Indiquez si la demande concerne les RMP propres au particulier; si oui, cochez « oui », si non, cochez « non » et remplissez la partie 3.

Partie 3 : Personne autorisée à exercer les droits d'un particulier

- Inscrivez le nom de famille, le prénom, l'adresse complète et les numéros de téléphone de la personne autorisée à exercer les droits du particulier que les renseignements concernent.
- Choisissez la catégorie ci-dessous qui décrit votre autorisation d'exercer les droits du particulier concerné :
 - (a) toute personne ayant obtenu l'autorisation écrite du particulier concerné indiquant qu'elle peut exercer les droits du particulier;
 - (b) un mandataire nommé par le particulier en vertu de la *Loi sur les directives en matière de soins de santé*;
 - (c) un curateur nommé au nom du particulier en vertu de la *Loi sur la santé mentale*, si le curateur a l'autorisation de prendre des décisions en matière de soins de santé au nom du particulier;
 - (d) un décideur substitut en matière de soins personnels, nommé au nom du particulier en vertu de la *Loi sur les personnes vulnérables ayant une déficience mentale*, si le pouvoir d'agir est lié à l'autorisation et aux responsabilités du décideur substitut;
 - (e) le parent ou le tuteur d'un mineur, si le mineur est incapable de prendre ses propres décisions en matière de soins de santé;
 - (f) dans le cas d'une personne décédée, son Représentant personnel.

S'il est raisonnable de croire qu'il n'existe aucune personne citée dans l'une ou l'autre catégorie ci-dessus ou qu'aucune de ces personnes n'est disponible, le majeur cité dans les catégories suivantes, selon l'ordre donné, et qui serait facilement disponible et voudrait agir au nom du particulier, pourrait exercer les droits du particulier frappé d'incapacité :

(a) l'époux ou l'épouse du particulier, ou son conjoint ou sa conjointe de fait, avec qui le particulier habite;	(f) grands-parents; (g) petits-enfants;
(b) le fils ou la fille;	(h) une tante ou un oncle;
(c) le père ou la mère, si le particulier est majeur;	(i) un neveu ou une nièce.
(d) un frère ou une sœur;	
(e) une personne avec qui le particulier a une relation personnelle intime;	

Rang de naissance : Le plus aîné de deux parents ou plus, cités dans l'une ou l'autre catégorie ci-dessus, sera toujours préféré aux autres parents de la même catégorie.

Partie 4 : Autorisation écrite pour les soins fournis à l'heure actuelle

- Inscrivez le nom de famille et le prénom de la personne à qui le particulier concerné ou la personne autorisée à exercer les droits du particulier concerné (selon la description à la partie 3) a donné son autorisation pour examiner ou obtenir une copie des RMP décrits aux parties 1 et 2.

Partie 5 : Signature du patient/client/résident ou de la personne décrite à la partie 3

- Signature du patient/client/résident ou de la personne autorisée à exercer les droits du particulier concerné (selon la description aux parties 1 ou 2).
- Date de la demande.

Partie 6 : Autres

- La signature du prestataire de soins de santé, du directeur médical ou de l'agent de la protection de la vie privée, qui a reçu la demande.
- Indiquer la date à laquelle la demande a été reçue.
- Indiquer la date de l'examen (la consultation) des RMP ou la date à laquelle la copie a été obtenue.
- Le formulaire, « Demande d'accès à des renseignements médicaux personnels » dûment rempli, doit être classé dans le dossier du patient/client/résident.