

DEMANDE DE RECTIFICATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PERSONNELS
(this document is also available in English)

PARTIE 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT/CLIENT/RÉSIDENT

NOM DE FAMILLE

PRÉNOM

Date de naissance :

J	J	M	M	M	A	A	A	A	

 N° de la carte santé :

(9 chiffres)									

Adresse : _____

NUMÉRO ET NOM DE LA RUE

VILLE

PROVINCE

CODE POSTAL

Tél. : Domicile : () Bureau : () Cell. : ()

PARTIE 2 : DEMANDE DE RECTIFICATION

Date(s) et lieu(x) des services fournis : _____

Rectification des renseignements médicaux personnels demandée : _____

Cette demande vise la rectification de mes propres renseignements médicaux personnels : Oui Non

Si la réponse est NON – remplir la partie 3.

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

NOM DE FAMILLE

PRÉNOM

Adresse : _____

NUMÉRO ET NOM DE LA RUE

VILLE

PROVINCE

CODE POSTAL

Tél. : Domicile : () Bureau : () Cell : ()

Indiquez votre autorisation : _____

Il se peut que vous ayez à fournir de la documentation attestant que vous avez le pouvoir juridique d'exercer les droits du particulier.

PARTIE 4 : SIGNATURE DU PATIENT/CLIENT/RÉSIDENT OU DE LA PERSONNE AUTORISÉE À EXERCER LES DROITS D'UN PARTICULIER

Signature de la personne qui fait la demande : _____ Date :

J	J	M	M	M	A	A	A	A	

On vous contactera dans les 30 jours suivant la réception de votre demande pour vous informer de la situation.

PARTIE 5 : AUTRE

Signature du responsable en matière de protection de la vie privée : _____ N° du client/dossier de santé : _____

Date de réception : _____

Lignes directrices pour remplir le formulaire de Demande de rectification de renseignements médicaux personnels

Ce formulaire est utilisé lorsqu'un particulier (un patient qui reçoit des services de santé d'un hôpital, un client qui reçoit des services de santé communautaires ou un résident d'un foyer de soins personnels) demande une rectification de ses propres renseignements médicaux personnels ou lorsqu'une personne autorisée à exercer les droits d'un particulier en fait la demande.

Partie 1 : Consentement du patient/client/résident

- Inscrivez le nom de famille, le prénom, la date de naissance, le numéro de la carte santé (NIP de 9 chiffres au Manitoba ou numéro de carte santé d'une autre province), l'adresse complète et les numéros de téléphone du particulier concerné.

Partie 2 : Demande de rectification

- Précisez la(les) date(s) et le(s) lieu(x) des services fournis; indiquez le nom de l'hôpital, du foyer de soins personnels, de la clinique, du centre de santé communautaire et/ou du programme (sage-femmerie, soins à domicile, santé publique, santé mentale, etc.).
- Précisez la rectification des renseignements médicaux personnels qui est demandée. Indiquez ce qui, selon le particulier, est incorrect, et dans la mesure du possible, faites-en rétablir l'exactitude.
- Indiquez si la demande vise la rectification des renseignements médicaux personnels du particulier concerné. Si c'est le cas, cochez « Oui », sinon, 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 d'un 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 agir en son nom;
 - (b) un mandataire nommé par le particulier en vertu de la *Loi sur les directives en matière de soins de santé*;
 - (c) un comité nommé au nom du particulier en vertu de la *Loi sur la santé mentale*, si le comité 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 incapable de le faire :

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

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

Partie 4 : Signature

- Signature du patient/client/résident ou de la personne autorisée à exercer les droits du particulier concerné (selon la description à la partie 3).
- Inscrivez la date de la demande.

Partie 5 : Autre

- Signature du responsable en matière de protection de la vie privée.
- Inscrivez la date de réception de la demande ainsi que le numéro du client/dossier de santé.
- Insérez le formulaire de Demande de rectification de renseignements médicaux personnels complété dans le dossier de santé du patient/client/résident.