

Formulaire de demande de directives de consentement – Dossier de santé électronique

Aperçu

Une directive de consentement donne à une personne la possibilité de restreindre l'accès d'un dépositaire de renseignements sur la santé, comme un professionnel de la santé, auxdits renseignements contenus dans son [dossier de santé électronique \(DSE\)](#) aux fins de prestation ou d'aide à la prestation de soins de santé. Ce formulaire sert à demander l'établissement d'une nouvelle directive de consentement, ou bien la modification ou le retrait d'une directive de consentement figurant dans le **Répertoire des données cliniques (RDC)** ou le **Service commun d'imagerie diagnostique (SC-ID)**.

Santé Ontario accepte uniquement les demandes de directives de consentement qui concernent le Répertoire des données cliniques (RDC) et le Service commun d'imagerie diagnostique (SC ID). **Le présent formulaire ne peut servir aux demandes de directives de consentement qui concernent le Système d'information de laboratoire de l'Ontario (SILO) ou le Répertoire numérique des médicaments (RNM). Pour demander une directive de consentement relative au SILO ou au RNM, appelez la ligne INFO de ServiceOntario au 1 800 291-1405, ATS 1 800 387-5559.**

Santé Ontario n'accepte que les demandes de directives de consentement des particuliers auxquels se rapportent les renseignements personnels sur la santé (RPS) ou du mandataire spécial du particulier concerné, c'est-à-dire la personne autorisée en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé* à consentir au nom du particulier à la collecte, à l'utilisation ou à la divulgation des RPS le concernant. Une demande de directives de consentement présentée par un mandataire spécial doit être accompagnée des documents l'autorisant à agir en cette qualité. Pour en savoir plus, lisez les *indications complémentaires à l'intention des mandataires spéciaux* fournies ci-dessous.

Dérogations au consentement

Conformément à la LPRPS, un dépositaire de renseignements sur la santé peut accéder aux renseignements contenus dans le DSE assujettis à une directive de consentement dans certaines circonstances. Il s'agit d'une dérogation au consentement. La Politique sur les directives de consentement et la dérogation à la préséance du consentement pour le dossier de santé électronique décrit les circonstances dans lesquelles une dérogation est permise. Vous pouvez consulter cette politique au lien suivant :

https://ehealthontario.on.ca/files/public/support/EHR_Consent_Directive_Consent_Override_Policy_FR.pdf.

Dans certains cas, un dépositaire de renseignements sur la santé peut ne pas avoir la capacité technique de déroger au consentement, et ainsi ne pas être en mesure d'accéder aux renseignements personnels sur la santé assujettis à une directive de consentement, et ce, même s'il existe un risque important de préjudice corporel grave pour la personne à laquelle les renseignements se rapportent ou pour une autre personne ou un autre groupe de personnes.

Indications relatives à l'établissement, la modification et le retrait d'une directive de consentement

1. Remplissez les champs obligatoires (*).
2. Envoyez le formulaire rempli et les copies des documents à l'appui demandés par la poste ou par télécopieur (si vous êtes mandataire spécial) :

- a) **En ligne** : <https://consentform.ontariohealth.ca/>
- b) Adresse postale :
- Santé Ontario - Programme de
protection de la vie privée
525, avenue University, Suite 500
Toronto, ON M5G 2L3
- c) Télécopieur : 416 586-4397 ou 1 866 831-0107

N'envoyez pas le formulaire par courriel. Toute demande reçue ainsi sera refusée et supprimée, et son auteur devra en soumettre une nouvelle par la poste ou télécopieur.

Des questions?

Si vous avez des questions sur le formulaire et la façon de le remplir, communiquez avec le Bureau de la protection de la vie privée des Services numériques de Santé Ontario, aux coordonnées suivantes :

- **Téléphone** : 416 946-4767 ou 1 888 411-7742, poste 64767
- **Courriel** : OH-DS_privacy@ontariohealth.ca

N. B. : N'indiquez aucun renseignement personnel sur la santé dans votre courriel (numéro de carte Santé, antécédents médicaux, etc.).

- **Adresse postale** :

Santé Ontario - Programme de protection de la vie privée
525, avenue University, Suite 500
Toronto, ON M5G 2L3

- **Télécopieur** : 416 586-4397 ou 1 866 831-0107

Pour en savoir plus, consultez notre site web :

<https://ehealthontario.on.ca/fr/privacy/managing-access-to-your-ehr>

REEMPLIR LES CHAMPS OBLIGATOIRES (*)

SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICULIER

(Le particulier auquel se rapportent les RPS)

*PRÉNOM	*NOM DE FAMILLE	*DATE DE NAISSANCE JJ/MM/AAAA
* FOURNIR UN DES NUMÉROS SUIVANTS :		
<input type="checkbox"/> NUMÉRO DE LA CARTE SANTÉ DE L'ONTARIO: _____		
<input type="checkbox"/> NUMÉRO DE DOSSIER MÉDICAL ET NOM DE L'ORGANISME ÉMETTEUR : _____		
<input type="checkbox"/> NUMÉRO DE CLIENT DU SYSTÈME CHRIS (SYSTÈME CHRIS D'INFORMATION SUR LA SANTÉ DES CLIENTS): _____		
* ADRESSE POSTALE		
NUMÉRO.	NOM DE LA RUE	N° D'APPARTEMENT
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
* MODE DE COMMUNICATION PRIVILÉGIÉ		
<input type="checkbox"/> POSTE <input type="checkbox"/> TÉLÉPHONE <input type="checkbox"/> COURRIER ÉLECTRONIQUE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (EN JOURNÉE)	MESSAGE VOCAL AUTORISÉ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
EMAIL ADDRESS		

SECTION 2 : RENSEIGNEMENTS SUR LE MANDATAIRE SPÉCIAL (LE CAS ÉCHÉANT)

(Remplir cette section uniquement si vous présentez la demande au nom d'un autre particulier)

* RELATION AVEC LE PARTICULIER:		
* PRÉNOM DU MANDATAIRE SPÉCIAL:	* NOM DE FAMILLE DU MANDATAIRE SPÉCIAL:	
* ADRESSE POSTALE:		
NUMÉRO	NOM DE LA RUE	N° D'APPARTEMENT
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
*MODE DE COMMUNICATION PRIVILÉGIÉ		
<input type="checkbox"/> POST <input type="checkbox"/> TÉLÉPHONE <input type="checkbox"/> COURRIER ÉLECTRONIQUE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (EN JOURNÉE)	MESSAGE VOCAL AUTORISÉ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
ADRESSE COURRIEL		
Si vous présentez cette demande en tant que mandataire spécial, vous devez joindre une photocopie du document attestant que vous pouvez agir à ce titre pour le particulier indiqué à la section 1. Il pourrait s'agir, par exemple, d'un document juridique démontrant que vous avez la garde exclusive ou que vous assurez la tutelle de la personne. Consultez notre site Web pour en savoir plus sur les types de documents pouvant servir de preuve.		

SECTION 3 : RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE DIRECTIVES DE CONSENTEMENT

3A : TYPE DE DEMANDE (choisir une seule réponse)

<input type="checkbox"/> NOUVELLE DIRECTIVE SUR LE CONSENTEMENT	<input type="checkbox"/> MODIFICATION D'UNE DIRECTIVE EXISTANTE	<input type="checkbox"/> RETRAIT D'UNE DIRECTIVE EXISTANTE
--	--	---

3B: CONSENT DIRECTIVE REQUEST DETAILS

<p>Répertoire des données cliniques (RDC)</p> <p><i>Renseignements cliniques des hôpitaux et des organismes de soins à domicile et en milieu communautaire de l'Ontario, y compris rapports des services des urgences, rapports de consultation et résumés de l'hospitalisation, de même que renseignements sur les placements en foyers de soins de longue durée, évaluations des risques et plans de traitement.</i></p> <p><i>Renseignements cliniques des fournisseurs de soins primaires (médecins généralistes ou médecins de famille) soumis au moyen de systèmes de dossiers médicaux électroniques reconnus. Ces dossiers comprennent notamment des caractéristiques démographiques, des renseignements sur les médicaments pris par le patient et leurs effets indésirables, les allergies du patient, son état de santé actuel, ses antécédents médicaux et chirurgicaux et ses vaccins.</i></p>	<input type="checkbox"/> Bloquer la consultation des RPS du particulier pour tous les utilisateurs <input type="checkbox"/> Autoriser tous les utilisateurs à consulter les RPS du particulier
	<input type="checkbox"/> Bloquer la consultation des RPS du particulier pour tous les utilisateurs des organisations ciblées Nom des organisations : _____ <input type="checkbox"/> Autoriser la consultation des RPS du particulier pour tous les utilisateurs des organisations ciblées Nom des organisations : _____
	<input type="checkbox"/> Bloquer la consultation des RPS <u>ajoutés</u> par les organisations ciblées suivantes pour tous les utilisateurs Nom des organisations : _____ <input type="checkbox"/> Autoriser la consultation des RPS <u>ajoutés</u> par les organisations ciblées suivantes pour tous les utilisateurs Nom des organisations : _____
	<input type="checkbox"/> Bloquer la consultation des RPS du particulier pour les utilisateurs ciblés Nom des utilisateurs : _____ <input type="checkbox"/> Autoriser la consultation des RPS du particulier pour les utilisateurs ciblés Nom des utilisateurs : _____

Service commun d'imagerie diagnostique (SC ID) <i>Rapports d'imagerie diagnostique des hôpitaux et des établissements de santé indépendants ainsi que renseignements pertinents pour les récupérer dans les répertoires d'imagerie régionaux de l'Ontario.</i>	<input type="checkbox"/>	Bloquer la consultation des RPS du particulier pour tous les utilisateurs
	<input type="checkbox"/>	Autoriser tous les utilisateurs à consulter les RPS du particulier
	<input type="checkbox"/>	Bloquer la consultation des RPS du particulier pour tous les utilisateurs des organisations ciblées suivantes Nom des organisations : _____
	<input type="checkbox"/>	Autoriser la consultation des RPS du particulier pour tous les utilisateurs des organisations ciblées suivantes Nom des organisations : _____
	<input type="checkbox"/>	Bloquer la consultation des RPS <u>ajoutés</u> par les organisations ciblées suivantes pour tous les utilisateurs Nom des organisations : _____
	<input type="checkbox"/>	Autoriser la consultation des RPS <u>ajoutés</u> par les organisations ciblées suivantes pour tous les utilisateurs Nom des organisations : _____
	<input type="checkbox"/>	Bloquer la consultation des RPS du particulier pour les utilisateurs ciblés Nom des utilisateurs : _____
	<input type="checkbox"/>	Autoriser la consultation des RPS du particulier pour les utilisateurs ciblés Nom des utilisateurs : _____
Système d'information de laboratoire de l'Ontario (SILO) <i>Demandes d'analyses et de résultats provenant des laboratoires des hôpitaux, de laboratoires communautaires et de laboratoires de santé publique.</i>	Santé Ontario n'accepte pas de demandes de directives de consentement qui relèvent du SILO. Pour demander ce type de directive, appelez la ligne INFO de ServiceOntario au 1 800 291-1405, ATS 1 800 387-5559.	
Répertoire numérique des médicaments (RNM) <i>Renseignements sur les médicaments et ordonnances des</i>	Santé Ontario n'accepte pas de demandes de directives de consentement qui relèvent du RNM. Pour demander ce type de directive, appelez la ligne INFO de ServiceOntario au 1 800 291-1405, ATS 1 800 387-5559.	

programmes de médicaments et de services de pharmacie financés publiquement (programme MedsCheck, programme d'abandon du tabagisme offert en pharmacie, administration de vaccins, etc.) ainsi que des programmes de médicaments contrôlés (narcotiques et substances contrôlées), quel que soit le payeur.

ATTESTATION

- Je comprends qu'il y a des conséquences possibles et des risques implicites si l'on empêche les dépositaires de renseignements sur la santé d'accéder aux renseignements personnels sur la santé pour prodiguer ou aider à prodiguer des soins de santé au particulier, et j'accepte d'en assumer la responsabilité.
- Je comprends que certains dépositaires de renseignements sur la santé, y compris des professionnels de la santé, peuvent ne pas avoir la capacité technique de déroger au consentement, et ainsi ne pas être en mesure d'accéder aux renseignements personnels sur la santé assujettis à une directive de consentement, et ce, même s'il existe un risque important de préjudice corporel grave pour la personne à laquelle les renseignements se rapportent ou pour une autre personne ou un autre groupe de personnes.
- Je comprends qu'il arrive que Santé Ontario puisse avoir le droit ou être tenu par la loi de fournir des renseignements personnels sur la santé contenus dans le DSE à un coroner, à un médecin-hygiéniste, au ministère de la Santé et à d'autres personnes faisant partie de la direction du ministère, sans pour autant avoir besoin d'une directive de consentement.
- Je comprends que faire sciemment une fausse déclaration concernant mon droit à consentir à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels d'un autre particulier est considéré comme une infraction à la *LPRPS*.
- Je comprends qu'en signant et en présentant ce formulaire de demande de directives de consentement à Santé Ontario, j'atteste que je suis autorisé à consentir à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels du particulier indiqué à la section 1.

SIGNATURE

J'ai lu et compris l'attestation ci-dessus et je certifie que les renseignements contenus dans ce formulaire et les documents joints à la demande sont véridiques et complets.

*** PRÉNOM ET NOM DE FAMILLE DU PARTICULIER OU DU MANDATAIRE SPÉCIAL (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE):**

***DATE:**

JJ/MM/AAAA



* SIGNATURE:

Les renseignements personnels sur la santé contenus dans ce formulaire sont recueillis par Santé Ontario sous le régime du Règlement de l'Ontario 329/04 – qui indique que Santé Ontario est l'organisation prescrite aux fins de la partie V.1 de la LPRPS – et seront utilisés par l'organisme aux fins de la présente demande de directives de consentement, conformément à l'article 55.6 de la LPRPS. Si vous avez des questions sur la collecte ou l'utilisation de ces renseignements, adressez-vous au Bureau de la protection de la vie privée des Services numériques de Santé Ontario :

- *Téléphone : 416 946-4767 ou 1 888 411-7742, poste 64767*
- *Courriel : OH-DS-privacy@ontariohealth.ca*

N. B. : N'indiquez pas de renseignements personnels sur la santé dans votre courriel (numéro de carte Santé, antécédents médicaux, etc.).

- *Adresse postale :*
*Santé Ontario - Programme de
protection de la vie privée
525, avenue University, Suite 500
Toronto, ON M5G 2L3*
- *Télécopieur : 416 586-4397 ou 1 866 831-0107*



DIRECTIVES SUPPLÉMENTAIRES POUR LES MANDATAIRES SPÉCIAUX

Qu'est-ce qu'un « mandataire spécial » exactement? Et qui est autorisé à agir à ce titre pour un particulier selon la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*?

Un mandataire spécial s'entend de quiconque est autorisé en vertu de la Loi à consentir au nom d'un particulier à la collecte, à l'utilisation ou à la divulgation de renseignements personnels sur la santé le concernant.

Les mandataires spéciaux peuvent demander des renseignements personnels sur la santé au nom de particuliers qui ne sont pas mentalement capables de le faire. Vous pouvez agir à titre de mandataire spécial pour quiconque n'est pas capable de faire une telle demande si vous êtes capables **et** que vous êtes la personne la mieux placée pour le faire selon la liste ci-dessous, c'est-à-dire que vous êtes :

- un mandataire spécial au sens de la *Loi sur le consentement aux soins de santé*, si la collecte, l'utilisation ou la divulgation des renseignements du particulier vise la prise d'une décision de traitement;
- le tuteur à la personne ou aux biens du particulier;
- le procureur au soin de la personne ou aux biens du particulier;
- le représentant du particulier nommé par la Commission du consentement et de la capacité;
- le conjoint ou le partenaire du particulier;
- un enfant ou le père ou la mère du particulier, ou une société d'aide à l'enfance ou une autre personne qui a légalement le droit de donner ou de refuser le consentement à la place du père ou de la mère;
- le père ou la mère du particulier qui a un droit de visite à l'égard de ce dernier;
- un frère ou une sœur du particulier;
- tout autre membre de la famille du particulier;
- le tuteur et curateur public, si personne ne satisfait aux exigences.

Comment un dépositaire de renseignements sur la santé détermine-t-il si une personne est le mandataire spécial d'un particulier décédé?

Lorsqu'un particulier décède, le fiduciaire de la succession ou la personne ayant assumé l'administration de la succession du défunt devient son mandataire spécial.

Qui peut présenter une demande pour un enfant de moins de 16 ans?

1. **L'enfant**
2. **Son père ou sa mère** (y compris si l'enfant est capable), une société d'aide à l'enfance ou toute personne légalement autorisée à demander des renseignements personnels sur la santé à la place du père ou de la mère, **sauf dans les cas suivants** :

- Un enfant de moins de 16 ans ayant consenti à son propre traitement doit décider s'il consent à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels sur la santé liés à ce traitement.
- Si un enfant de moins de 16 ans est capable de présenter une demande et est en désaccord avec son père ou sa mère (ou avec quiconque légalement autorisé à présenter une demande à la place du père ou de la mère), la décision de l'enfant passe outre celle du parent (ou de quiconque légalement autorisé à présenter une demande à la place du père ou de la mère).

N. B. : Il existe deux situations dans lesquelles le parent (ou la personne légalement autorisée) ne peut pas présenter cette demande :

- Si les renseignements personnels sur la santé concernent un traitement auquel l'enfant a consenti (ou refusé de consentir);
- Si l'enfant est capable de consentir et prend une décision concernant ses renseignements personnels sur la santé qui va à l'encontre de celle de son père ou de sa mère (ou de la personne légalement autorisée).

Pièces d'identité acceptables

Si la demande concerne les renseignements sur la santé d'un autre particulier, vous devez joindre **une** photocopie d'un des documents ci-dessous :

Personne de 11 ans ou moins	Certificat de naissance du particulier Pièces justifiant l'identité des deux parents et délivrée par une autorité fédérale, territoriale, provinciale, municipale ou nationale. Signature des deux parents dont le nom figure sur le certificat de naissance du particulier.
	Document légal démontrant que le mandataire spécial a la garde unique et entière ou la tutelle du particulier.
	Lettre d'un établissement de soins de santé confirmant que le mandataire spécial est autorisé à consulter les renseignements sur la santé du particulier.
Personne de 12 à 15 ans	Lettre signée par le particulier indiquant que le mandataire spécial est autorisé à consulter ses renseignements sur la santé. Carte étudiante ou pièce d'identité délivrée par une autorité fédérale, territoriale, provinciale, municipale ou nationale.
	Lettre d'un établissement de soins de santé confirmant que le mandataire spécial est autorisé à consulter les renseignements sur la santé du particulier.
Personne de 16 ans ou plus	Lettre signée par le particulier indiquant que le mandataire spécial est autorisé à consulter ses renseignements sur la santé. Pièce d'identité délivrée par une autorité fédérale, territoriale, provinciale, municipale ou nationale.
	Document légal démontrant que le mandataire spécial a la garde unique et entière ou la tutelle du particulier.
	Lettre d'un établissement de soins de santé confirmant que le mandataire spécial est autorisé à consulter les renseignements sur la santé du particulier.