

## **APERÇU**

Un dépositaire de renseignements sur la santé (DRS) peut utiliser ce formulaire, au nom d'un patient, afin d'interdire ou d'autoriser l'accès aux renseignements personnels sur la santé (RPS) de celui-ci dans le système de dossiers de santé électroniques aux fins de soins. Le système de dossiers de santé électroniques de l'Ontario comprend les répertoires de ConnexionOntario et des services communs d'imagerie diagnostique (SC ID). Toute instruction que donne le patient d'interdire, de modifier ou d'autoriser l'accès à ses renseignements personnels de santé est appelée « directive sur le consentement ».

### **Remarque :**

- Pour enregistrer une directive sur le consentement concernant les renseignements personnels sur la santé d'un patient dans le système d'information de laboratoire de l'Ontario (OLIS), y compris l'accès au système OLIS par l'intermédiaire du système de dossiers de santé électroniques, veuillez demander au patient d'appeler la Ligne INFO de ServiceOntario au 1-800-291-1405; télécopieur : 1-800-387-5559.
- Dans ce formulaire, le terme « patient » peut désigner le client ou la personne bénéficiant des services de soins de santé.

## **UN PATIENT PEUT PRÉSENTER LES DEMANDES DE DIRECTIVE SUR LE CONSENTEMENT SUIVANTES :**

### **ConnexionOntario – Possibilités de directive sur le consentement**

- Interdire à tous les utilisateurs de consulter les RPS d'un patient **ou**
- Autoriser tous les utilisateurs à consulter les RPS d'un patient  
(p. ex., ne laissez personne consulter mes RPS)
- Interdire à tous les utilisateurs d'établissements particuliers de consulter les RPS d'un patient **ou**
- Autoriser tous les utilisateurs d'établissements particuliers à consulter les RPS d'un patient  
(p. ex., ne laissez aucun membre du personnel de l'hôpital régional de Windsor consulter mes RPS)
- Interdire à tous les utilisateurs de consulter les RPS d'un patient fournis par les établissements énumérés **ou**
- Autoriser tous les utilisateurs à consulter les RPS d'un patient fournis par les établissements énumérés  
(p. ex., personne ne doit pouvoir consulter mes RPS provenant de l'Hôpital d'Ottawa)
- Interdire à des utilisateurs précis de consulter les RPS d'un patient **ou**
- Autoriser des utilisateurs précis à consulter les RPS d'un patient  
(p. ex., ne laissez pas le Dr Jones, de l'hôpital Michael Garron, consulter mes RPS)

### **Services communs d'imagerie diagnostique – Possibilités de directive sur le consentement**

- Interdire à tous les utilisateurs de consulter les renseignements personnels sur la santé (RPS) d'un patient **ou**
- Autoriser tous les utilisateurs à consulter les RPS d'un patient  
(p. ex., ne laissez personne consulter mes RPS)
- Interdire à tous les utilisateurs d'établissements particuliers de consulter les RPS d'un patient **ou**
- Autoriser tous les utilisateurs d'établissements particuliers à consulter les RPS d'un patient  
(p. ex., ne laissez aucun membre du personnel de l'hôpital général de Kingston consulter mes RPS)
- Interdire l'accès à certaines pièces du dossier médical d'un patient **ou**
- Autoriser l'accès à certaines pièces du dossier médical d'un patient  
(p. ex., ne laissez personne consulter le rapport de la radiographie effectuée le 3 juin 2014)

**Dans ce formulaire, les services communs d'imagerie diagnostiques seront nommés SC ID; les dépositaires de renseignements sur la santé, DRS; et les renseignements personnels sur la santé, RPS.**

**Si vous souhaitez en savoir plus sur le processus de la directive sur le consentement ou obtenir de l'aide pour remplir ce formulaire, veuillez communiquer avec notre bureau en appelant le 416-946-4767 ou en nous écrivant à l'adresse [privacy.operations@ehealthontario.on.ca](mailto:privacy.operations@ehealthontario.on.ca) (merci de n'inclure aucun RPS dans votre courriel).**

VEUILLEZ REMPLIR LES CHAMPS OBLIGATOIRES (\*)

RÉSERVÉ À L'USAGE DE CYBERSANTÉ ONTARIO				
DATE DE RÉCEPTION JJ/MM/AAAA	TRAITÉ PAR	N° DE RÉFÉRENCE DU BUREAU DE LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE	FORMULAIRE REMPLI OUI/NON	DATE DE LA DEMANDE JJ/MM/AAAA
<b>*SECTION 1 : Coordonnées du déposant</b>				
<i>Le « déposant » est le DRS qui remplit ce formulaire au nom du patient ou du représentant légal.</i>				
NOM DE L'ORGANISME :				
PRÉNOM DU DÉPOSANT :		DATE DE RÉCEPTION DE LA DATE DU PATIENT : JJ/MM/AAAA		
NOM DE FAMILLE DU DÉPOSANT :		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL DU DÉPOSANT :		
INTITULÉ DU POSTE DU DÉPOSANT :		ADRESSE ÉLECTRONIQUE PROFESSIONNELLE DU DÉPOSANT :		
<b>*SECTION 2 : DONNÉES D'IDENTIFICATION DU PATIENT</b>				
<i>Le DRS doit vérifier que la personne qui fait la demande est bien la personne correspondant aux RPS faisant l'objet de la demande ou son représentant légal.</i>				
PRÉNOM DU PATIENT :		INITIALES DES AUTRES PRÉNOMS :	NOM DE FAMILLE DU PATIENT :	
SEXE : <input type="checkbox"/> HOMME <input type="checkbox"/> FEMME	DATE DE NAISSANCE : JJ/MM/AAAA		DATE DE VALIDATION DE L'IDENTITÉ : JJ/MM/AAAA	
NUMÉRO DE CARTE SANTÉ :	AUTRES IDENTIFIANTS POSSIBLES (EN L'ABSENCE DE NUMÉRO DE CARTE SANTÉ), P. EX., NUMÉRO DE DOSSIER MÉDICAL ou NUMÉRO CHRIS :			
<b>*SECTION 3 : Coordonnées du patient ou du représentant légal</b>				
IDENTITÉ : <input type="checkbox"/> PATIENT <input type="checkbox"/> REPRÉSENTANT LÉGAL				
PRÉNOM DU REPRÉSENTANT LÉGAL		NOM DE FAMILLE DU REPRÉSENTANT LÉGAL		
ADRESSE ÉLECTRONIQUE				
NUMÉRO	RUE		NUMÉRO D'APPARTEMENT	
VILLE		PROVINCE	CODE POSTAL	

**Si vous souhaitez en savoir plus sur le processus de la directive sur le consentement ou obtenir de l'aide pour remplir ce formulaire, veuillez communiquer avec notre bureau en appelant le 416-946-4767 ou en nous écrivant à l'adresse [privacy.operations@ehealthontario.on.ca](mailto:privacy.operations@ehealthontario.on.ca) (merci de n'inclure aucun RPS dans votre courriel).**

**SECTION 4 : Détails sur la directive sur le consentement**

**\*4A : Type de directive sur le consentement (choisissez une seule réponse)**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>NOUVELLE DIRECTIVE SUR LE CONSENTEMENT</b> | <input type="checkbox"/> <b>MODIFICATION D'UNE DIRECTIVE SUR LE CONSENTEMENT</b> | <input type="checkbox"/> <b>SUPPRESSION D'UNE DIRECTIVE SUR LE CONSENTEMENT</b> |
|--|--|---|

**\*4B : Détails sur la directive sur le consentement (Cochez uniquement les cases s'appliquant au patient)**

*Si vous choisissez l'option « Interdire », les fournisseurs de soins de santé n'auront pas accès au dossier de santé électronique, ce qui peut avoir une incidence sur les soins prodigués au patient.*

- |   |   |                                |
|---|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> INTERDIRE À TOUS LES UTILISATEURS DE CONSULTER LES RPS | <input type="checkbox"/> CONNEXIONONTARIO | <input type="checkbox"/> SC ID |
| <input type="checkbox"/> AUTORISER TOUS LES UTILISATEURS À CONSULTER LES RPS    |   |                                |

- |   |   |                                |
|---|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> INTERDIRE À TOUS LES UTILISATEURS DES ÉTABLISSEMENTS ÉNUMÉRÉS DE CONSULTER LES RPS | <input type="checkbox"/> CONNEXIONONTARIO | <input type="checkbox"/> SC ID |
| <input type="checkbox"/> AUTORISER TOUS LES UTILISATEURS DES ÉTABLISSEMENTS ÉNUMÉRÉS À CONSULTER LES RPS    |   |                                |

NOM DES ÉTABLISSEMENTS :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> INTERDIRE À TOUS LES UTILISATEURS DE CONSULTER LES RPS AJOUTÉS DANS CONNEXIONONTARIO PAR LES ÉTABLISSEMENTS ÉNUMÉRÉS |  |
| <input type="checkbox"/> AUTORISER TOUS LES UTILISATEURS À CONSULTER LES RPS AJOUTÉS DANS CONNEXIONONTARIO PAR LES ÉTABLISSEMENTS ÉNUMÉRÉS    |  |

NOM DES ÉTABLISSEMENTS :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> INTERDIRE L'ACCÈS AUX PIÈCES DU DOSSIER MÉDICAL ÉNUMÉRÉES DANS LES SC ID |  |
| <input type="checkbox"/> AUTORISER L'ACCÈS AUX PIÈCES DU DOSSIER MÉDICAL ÉNUMÉRÉES DANS LES SC ID |  |

INDIQUEZ LE NUMÉRO DE CLASSIFICATION DES PIÈCES, OU À DÉFAUT, LE TYPE DE DOCUMENT, LA DATE ET L'ÉTABLISSEMENT CONCERNÉ DANS LA SECTION « DÉTAILS COMPLÉMENTAIRES » DE CE FORMULAIRE :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> INTERDIRE AUX UTILISATEURS INDIQUÉS DE CONSULTER LES RPS DANS CONNEXIONONTARIO |  |
| <input type="checkbox"/> AUTORISER LES UTILISATEURS INDIQUÉS À CONSULTER LES RPS DANS CONNEXIONONTARIO  |  |

PRÉNOM :

NOM DE FAMILLE :

ORDRE PROFESSIONNEL :

NUMÉRO DE PERMIS :

ORGANISATION :

DÉTAILS COMPLÉMENTAIRES :

**\*4C : SIGNATURE DU DÉPOSANT**

PRÉNOM ET NOM (EN MAJUSCULES) :

SIGNATURE :

DATE  
JJ/MM/AAAA

**OÙ ENVOYER CE FORMULAIRE?**

Envoyez le formulaire dûment rempli par courriel, par télécopieur ou par la poste à cyberSanté Ontario :

- Télécopieur : 416-586-4397 OU 1-866-831-0107
- Courrier : Bureau de la protection de la vie privée de cyberSanté Ontario, C.P. 148, Toronto (Ontario) M5G 2C8
- Courriel (pour les utilisateurs de ONE Mail uniquement) : [privacy.operations@ehealthontario.on.ca](mailto:privacy.operations@ehealthontario.on.ca)  
(pour vérifier si vous avez un compte ONE Mail, rendez-vous sur la page <https://www.one-pages.on.ca/Search.aspx>, entrez votre nom de famille, votre prénom et le nom de l'établissement)