



- TOH General TOH Civic TOH Riverside
- UOHI Hawkesbury Renfrew SFMH
- WDMH KDH DRDH GHC
- Other specify _____

AFFIX LABEL

DEMANDE DE DIRECTIVE SUR LE CONSENTEMENT

MRN:

Last name:

First name:

Date of birth:

Directives et renseignements

Le système d'information sur la santé Epic de l'Alliance Atlas est un outil qui relie et conserve les dossiers médicaux électroniques de 9 établissements de santé du RLISS de Champlain. L'Alliance Atlas comprend L'Hôpital d'Ottawa, l'Hôpital de Deep River et du district, le Group Health Centre, l'Hôpital Général de Hawkesbury et district, l'Hôpital du district de Kemptville, l'Hôpital St. Francis Memorial, l'Hôpital Victoria de Renfrew, l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, l'Équipe universitaire de santé familiale de L'Hôpital d'Ottawa et l'Hôpital Memorial du district de Winchester.

La Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé permet à un patient de verrouiller l'accès à ses renseignements personnels sur la santé au moyen d'une directive sur le consentement pour empêcher leur utilisation et leur divulgation, sauf dans les cas prévus par la loi. Cependant, les renseignements personnels sur la santé du patient pourraient être conservés à plusieurs différents endroits, notamment sur support papier, dans des dossiers de santé électronique et des systèmes informatiques partagés avec d'autres établissements.

Veillez remplir le présent formulaire si vous souhaitez faire verrouiller l'accès à vos renseignements personnels sur la santé qui sont conservés dans le système Epic. Ensuite, soumettez-le en personne au Service des archives médicales de l'établissement où vous avez reçu des soins.

Notez que l'application de cette demande ne peut pas être rétroactive.

Risques associés à une directive de consentement

Notez que l'ajout d'une directive de consentement à votre dossier médical comporte des risques :

1. Si votre équipe de soins ne peut pas immédiatement accéder à des renseignements pertinents sur votre santé, vos soins pourraient être retardés.
2. Si un médecin n'a pas les renseignements actuels et exacts nécessaires pour vous fournir des soins sécuritaires, cela pourrait l'empêcher de vous donner un traitement.
3. Le personnel pourrait devoir communiquer avec vous à un moment peu pratique pour obtenir votre consentement explicite d'accéder à vos renseignements personnels sur la santé.
4. Vous pourriez recevoir de nombreux appels de différents membres du personnel de l'hôpital qui participent à vos soins.

Vous pouvez éviter ces risques en demandant l'application de la directive de consentement seulement à certaines personnes ou à certains renseignements au lieu de l'appliquer à votre dossier médical complet.

DEMANDE D'EXÉCUTION D'UNE DIRECTIVE SUR LE CONSENTEMENT

PARTIE A : Renseignements du patient

| | | |
|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| Prénom légal : | Initiale du second prénom (s) : | Nom de famille légal : |
| Date de naissance (aaaa/mm/jj) : | N° de carte d'assurance-santé : | N° d'identification du patient : |
| Adresse : | | |
| Ville : | Province : | Code postal : |
| N° de téléphone : | Courriel : | |

Renseignements du mandataire spécial (le cas échéant)

Prénom légal :

Nom de famille légal :

Adresse :

Ville :

Province :

Code postal :

N° de téléphone :

Courriel :

Relation avec le patient :

 Ci-joint un document attestant des pouvoirs du mandataire spécial.**Moyen de communication à privilégier**

Comment pouvons-nous communiquer avec vous?

 Téléphone Courriel Je reconnais et comprends que le contenu des courriels n'est pas crypté/chiffré et, par conséquent, que l'hôpital concerné ne peut pas garantir la sécurité et la confidentialité des messages que j'envoie ou que je reçois.

Pouvons-nous vous laisser un message vocal détaillé ou vous envoyer un courriel détaillé?

 Oui Non

Pouvons-nous envoyer une lettre de confirmation à l'adresse fournie dans le présent formulaire?

 Oui, par courriel Oui, par courriel OuiPrécisions : _____

_____**PARTIE B : Demande de directive sur le consentement****Instructions**Je, _____
(Nom du requérant ou de son mandataire spécial – en lettres moulées)

veux imposer les conditions suivantes à toute utilisation ou divulgation de mes renseignements personnels sur la santé, et ce, dès la réception de la présente demande.

Type de demande (choisir une seule option) :

- mise en œuvre d'une nouvelle directive sur le consentement
 modification d'une directive sur le consentement existante
 révocation d'une directive sur le consentement existante.

Pour une nouvelle directive ou la modification d'une directive existante, veuillez préciser.**Je veux interdire l'accès :**

- à tout mon dossier médical
 aux données sur un rendez-vous, séjour ou visite en particulier (unité/clinique et date) : _____
 de certaines personnes (nom et titre) à tout mon dossier : _____

Protocole d'entente

- J'ai lu et je comprends les risques et les conséquences possibles de restreindre l'accès de mon équipe de soins à mes renseignements personnels sur la santé. J'accepte ces risques et conséquences potentiels et j'en assume la responsabilité.
- Je comprends que si l'hôpital reçoit une demande de consultation à mon sujet, mon dossier médical sera consulté aux fins d'évaluation et de traitement de la demande.
- Si j'ai des questions ou des préoccupations, je communiquerai avec mon médecin pour en discuter.
- Je comprends que dans certains cas, l'hôpital a le droit ou est obligé par la loi d'utiliser ou de divulguer mes renseignements personnels sur la santé, malgré ma directive sur le consentement.
- Je comprends que je peux en tout temps communiquer avec les Archives médicales ou le Bureau de la protection de la vie privée de l'hôpital pour révoquer ou modifier ma directive sur le consentement.
- Je répondrai à toute question des Archives médicales ou de mon équipe de soins visant à traiter la présente demande.
- Je comprends qu'en soumettant le présent formulaire, je demande l'exécution d'une directive sur le consentement. Je comprends que les Archives médicales, le Bureau de la protection de la vie privée ou des médecins pourraient communiquer avec moi pour en discuter.

Autorisation

| | | |
|---|-----------|-------------------|
| Nom du requérant/mandataire spécial (en lettres moulées) | Signature | Date (aaaa/mm/jj) |
| Nom du témoin (en lettres moulées) | Signature | Date (aaaa/mm/jj) |

PARTIE C : Identification (réservé aux Archives médicales)

| | | |
|---|--|-------------------|
| Date de validation de l'identité (aaaa/mm/jj) : | Identité confirmée par : <input type="checkbox"/> Médecin clinicien <input type="checkbox"/> Archives médicales <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |
| Preuve d'identité fournie : <input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté <input type="checkbox"/> Autre – préciser : _____ | | |
| Validé par (Nom et fonction en lettres moulées) : | Signature | Date (aaaa/mm/jj) |

PARTIE D : Réponse à la demande (réservé au Bureau de la protection de la vie privée)

| | | |
|---|--|---------------------|
| Date de la première communication avec le patient (aaaa/mm/jj) : | Date de réception de la demande écrite du patient (aaaa/mm/jj) : | |
| Modification de la demande (choisir une option seulement) : <input type="checkbox"/> Nouvelle directive sur le consentement <input type="checkbox"/> Modifier une directive sur le consentement existante <input type="checkbox"/> Révoquer une directive sur le consentement existante | | |
| Renseignements supplémentaires : _____ _____ _____ | | |
| Date de mise en œuvre de la directive sur le consentement (aaaa/mm/jj) : | Date d'envoi de la lettre de notification (aaaa/mm/jj) : | |
| Demande traitée par (Nom et fonction en lettres moulées) : | Signature | Date (aaaa/mm/jj) : |