


**The Ottawa
Hospital**
**L'Hôpital
d'Ottawa**
☐ Civic
☐ General
☐ Riverside

☐ HI
☐ TRC
☐ RCC

REQUEST FOR CORRECTION TO PERSONAL HEALTH RECORD

Information and Instructions: We will correct health record information if it is demonstrated to our satisfaction that the record is not correct or complete for the purpose for which we collect, use, or disclose the information. We will make every effort to respond to your request in a timely fashion. Please complete parts A and B of this form. Part C is for our internal use.

PART A REQUESTOR INFORMATION

Patient Contact Information:

Last Name	First Name	Chart Number
Mailing Address	Telephone Number	Date of Birth (MMDDYYYY)

If you are a substitute decision-maker, your contact information: (Proof to be provided)

Last Name	First Name
Mailing Address	Telephone Number

PART B CORRECTION REQUEST

1 List or attach the correction requested, with reasons for the correction and any additional comments.

Name (please print)	Signature	Date (yyyy/mm/dd)

Date

	Correction made
	Correction not made
	Refusal letter (with reasons) sent
	Statement of Disagreement attached to chart
	Date of response

PART C CORRECTION REQUEST RESPONSE (For Internal Use Only)

1 Determine who will validate the request and correct the personal health record. Confirm that this person has the knowledge, expertise and authority to validate and make the correction.

	name, contact information
-------	---------------------------

2 If an extension to the correction request response was required, please indicate:

Date of Extension	Reason for Extension	Date Patient Notified of Extension

3 If correction was not made, attach Refusal Letter (with reasons) as written by the above-named person.

4 Notice of correction provided to others to whom incorrect information was disclosed. List names:

5 Processed by:

Name (please print)	Signature	Date (yyyy/mm/dd)


**The Ottawa
Hospital**
☐ Civic
☐ Général
☐ Riverside

**L'Hôpital
d'Ottawa**
☐ IC
☐ LCR
☐ CRC

DEMANDE DE CORRECTION D'UN DOSSIER CLINIQUE

Information et instructions : Nous corrigerons l'information au dossier clinique s'il est démontré à notre satisfaction que le dossier est incorrect ou incomplet aux fins de cueillette, d'utilisation ou de divulgation de renseignements. Nous ferons tout en notre possible pour répondre à votre demande dans les plus brefs délais. Veuillez remplir les parties A et B de ce formulaire. La partie C est réservée à l'interne.

PARTIE A - RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

Patient :

Nom

Prénom

Numéro de dossier

Adresse postale

Numéro de téléphone

Date de naissance (MMJJAAAA)

Si vous êtes le mandataire spécial, veuillez nous fournir les renseignements suivants : (une preuve est requise)

Nom

Prénom

Adresse postale

Numéro de téléphone

PARTIE B - CORRECTION DEMANDÉE

1 Énumérez ou annexe la ou les corrections demandées, en précisant les raisons ainsi que tout autre commentaire supplémentaire.

Nom (en lettre moulées)

Signature

Date (aaaa/mm/jj)

Date

Correction apportée

Correction non apportée

Lettre de refus (avec raisons) envoyée

Avis de désaccord annexé au dossier

Date de la réponse

PARTIE C - SUIVI DE LA CORRECTION DEMANDÉE (à l'usage de l'interne seulement)

1 Déterminer la personne qui approuvera la demande et corrigera le dossier clinique. Confirmer que cette personne a les connaissances, l'expertise et l'autorité d'approuver et de faire les corrections.

Nom et coordonnées

2 Si la correction n'a pas été apportée, annexer la lettre de refus avec les raisons telles qu'inscrites par la personne mentionnée ci-dessus.

3 Si une extension à la demande de correction fût requise, veuillez indiquer :

Date de l'extension Raison de l'extension

Date à laquelle le patient fût avisé de l'extension

4 Avis de la correction envoyé aux autres personnes à qui les renseignements erronés ont été divulgués. Énumérer les noms :

5 Traité par :

Nom (en lettres moulées)

Signature

Date (aaaa/mm/jj)