



Étiquette identifiante du.de la client.e / patient.e

DEMANDE D'ACCÈS À UN DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ

Nom du.de la client.e / patient.e : (Nom de famille, prénom) N° de dossier :

Unité / Clinique / Service :

Je, demande d'accéder au dossier de renseignements personnels sur la santé de : Votre nom au complet (en lettres moulées)

Nom du.de la client.e / patient.e (en lettres moulées) Date de naissance (jj/mm/aaaa) N° de téléphone

Adresse municipale Ville Province Code postal

Le personnel de CAMH peut-il laisser un message au numéro de téléphone indiqué ci-haut? Oui Non

Directives supplémentaires :

Signature du témoin Signature du.de la client.e / patient.e
Nom du témoin (en lettres moulées) Autre personne : nom et lien au.à la client.e / patient.e (en lettres moulées)

Date : (jj/mm/aaaa)

REMARQUE : En cas de changement des coordonnées inscrites, la responsabilité d'en informer le Service des archives médicales revient à la personne adressant la demande.
Vous avez le droit d'accéder à des renseignements personnels sur la santé archivés à CAMH, à moins d'une exception juridique en vertu de la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé.
Des frais administratifs peuvent s'appliquer pour couvrir le coût des photocopies et autres.
Votre demande d'accès à un dossier de renseignements personnels sur la santé doit être adressée au Service des archives médicales. CAMH se réserve un délai de 30 jours pour traiter votre demande d'accès initiale. Ce délai pourrait être prolongé de 30 jours en cas de nécessité, auquel cas vous en serez avisé.e.
Pour de plus amples renseignements sur votre droit d'accéder à des renseignements personnels sur la santé, prière de communiquer avec le Service des archives médicales, Transmission de l'information

POUR USAGE INTERNE SEULEMENT (SERVICE DES ARCHIVES MÉDICALES)

Date de réception de la demande : (jj/mm/aaaa)
Demande reçue par : Nom de famille, prénom (en lettre moulées) Signature
Copie de pièce d'identité fournie (photocopie en pièce-jointe)
Demande de copie des renseignements personnels sur la santé Copie fournie : (jj/mm/aaaa)
Demandeur avisé du résultat de sa demande : Par téléphone Par lettre
(Joindre des renseignements supplémentaires au besoin)