# Consentement à la divulgation de renseignements personnels sur la santé

Conformément à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* (*LPRPS*) et à la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents* électroniques (*LPRPDE*)

**Renseignements personnels**

☐ **M.** ☐ **Mme** ☐ **Mlle** ☐ **Autre**

**Nom :** _____ **Prénom :** _____ **Initiale :** _____

**Date de naissance :** _____ (Année-mois-jour) **N° de carte Santé :** _____

**Adresse :** _____ **N° d'appartement :** _____

**Ville :** _____ **Province :** _____ **Code postal :** _____

**Téléphone :** _____ **Cellulaire :** _____

**Renseignements sur le mandataire spécial (ms) ***

**Nom :** _____ **Prénom :** _____ **Initiale :** _____

**Adresse :** _____ **N° d'appartement** _____

**Ville :** _____ **Province :** _____ **Code postal :** _____

**Téléphone :** _____ **Cellulaire :** _____

*Fournir, si possible, la documentation nécessaire pour prouver au dépositaire de renseignements personnels que vous êtes un mandataire spécial autorisé.

Décrivez en détail les renseignements personnels sur la santé que vous demandez et fournissez tout détail qui pourrait faciliter le repérage de ces renseignements (p. ex. dates et nom du fournisseur de soins, entre autres).

| |
|---|
| |

**Méthode de consultation préférée :** ☐ Consulter l'original ☐ Recevoir une copie

L'Association canadienne pour la santé mentale – filiale de Cochrane-Timiskaming (ACSM-CT) m'avisera par écrit dans les 30 jours suivant la réception de ma demande de l'approbation ou du rejet de cette demande.

**Si ma demande est approuvée, je comprends ce qui suit :**

1. Les dossiers originaux ne peuvent pas être retirés des lieux de l'ACSM-CT.
2. Il pourrait y avoir des frais liés à la compilation de mes dossiers cliniques.
3. Si le contenu de mes dossiers suscite des préoccupations qui risquent vraisemblablement de nuire gravement à mon traitement ou à mon rétablissement ou de causer un tort grave à une autre personne, l'ACSM-CT pourrait consulter la personne qui fait la demande de services ou mon médecin.
4. Les renseignements pourraient être rédigés de manière à protéger la vie privée d'autres personnes.

Je demande l'autorisation de consulter mes dossiers cliniques à l'ACSM-CT datant du

_____ au _____

**année-mois-jour (date de début)** **année-mois-jour (date de fin)**

**Mes dossiers cliniques doivent être communiqués à (moi-même, hôpital, fournisseur de soins de santé, etc.) :**

**Nom du destinataire :** _____

**Adresse civique :** _____ **Ville :** _____

**Province :** _____ **Code postal :** _____ **Téléc. :** _____

Si les dossiers doivent être communiqués à plus d'un destinataire, il faut remplir un deuxième formulaire.

_____ _____

**Signature du client/de la cliente** **Date (année-mois-jour)**

_____ _____

**Signature du témoin** **Date (année-mois-jour)**

| **For Health Information Custodian Use Only** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Notification of Request Received:** | | **CMHA Consent Form Received:** | | **Extension Requested:** | |
| **Date Release package completed and sent to recipient(s) and Privacy Officer:** | | | | | |

Les renseignements personnels sur la santé contenus sur le présent formulaire sont recueillis conformément à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* (« la *Loi* ») et ils serviront au traitement de votre demande d'accès aux termes de l'article 54 de la *Loi*. Les questions au sujet de cette collecte doivent être acheminées à l'agent de protection de la vie privée de l'Association canadienne pour la santé mentale – filiale de Cochrane-Timiskaming.