

DEMANDE D'ACCÈS AUX DOSSIERS MÉDICAUX DU CFO (INTERNE)
Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé de l'Ontario (LPRPS)

Le patient ou son représentant autorisé doit remplir le présent formulaire avant que le Centre de fertilité d'Ottawa (CFO) ne divulgue des renseignements sur la santé du patient.

Veuillez nous faire parvenir le présent formulaire dûment rempli par courriel à accessrecords@conceive.ca.

SECTION A : Information sur le patient			
Prénom :		Nom de famille :	
Adresse :		Ville :	Province : Code postal :
Date de naissance :		Numéro de téléphone :	
Courriel :			

SECTION B : Veuillez fournir une description détaillée des renseignements sur la santé requis ainsi que des détails qui nous aideraient à localiser ces renseignements, par exemple, dates et nom du fournisseur de soins de santé (des frais peuvent s'appliquer)
Dates approximatives :
<input type="checkbox"/> Résultats des tests :
<input type="checkbox"/> Autre :

SECTION C : Représentant autorisé (seulement requis lorsque vous faites une demande pour le compte d'un tiers)
Si vous signez au nom du patient cité dans la section A, veuillez choisir l'une des options ci-dessous et fournir une copie des documents justificatifs, le cas échéant.
<input type="checkbox"/> Interprète du patient – Relation avec le patient :
<input type="checkbox"/> Parent/tuteur pour les patients de moins de 18 ans – Relation avec le patient :
<input type="checkbox"/> Représentant ou mandataire d'un patient décédé – Relation avec le patient :

SECTION D : Destinataire des renseignements demandés (veuillez préciser à qui envoyer ces renseignements)
<input type="checkbox"/> Moi-même <input type="checkbox"/> Médecin de famille
<input type="checkbox"/> Autre :

SECTION E : Consentement à la divulgation des renseignements		
J'autorise le CFO à divulguer les renseignements sur la santé décrits ci-dessus à moi-même ou au représentant autorisé nommé ci-dessus. Je comprends que je peux révoquer ce consentement à tout moment.		
Nom en caractères d'imprimerie de la personne donnant son consentement :	Signature :	Date :

Les renseignements contenus dans le présent consentement, y compris les pièces jointes s'y rattachant, sont destinés à l'usage exclusif du destinataire et contiennent des renseignements confidentiels ou privilégiés. Si vous n'êtes pas le destinataire prévu, il vous est strictement interdit de lire, d'utiliser, de divulguer, de copier ou de distribuer cette lettre ou tout contenu s'y rattachant. Si vous avez reçu ces documents par erreur ou si vous êtes le destinataire prévu et que vous remarquez des renseignements inexacts, veuillez en informer l'agente de la protection de la vie privée immédiatement à Privacy@conceive.ca.

RÉSERVÉ À L'USAGE INTERNE UNIQUEMENT		
(Les renseignements demandés doivent être divulgués dans les 30 jours suivant la réception du présent formulaire)		
Montant des frais :	Payés : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O.	Représentant du CFO – signature et date :
Date de divulgation de l'information :		Représentant du CFO – signature et date :